

مركز البحوث

الأخلاقيات في إدارة الخدمات الصحية

تأليف

كيرت دار

ترجمة

د. عبد المحسن بن صالح الحيدر

راجع الترجمة

أ. د. فريد توفيق نصيرات

بسم الله الرحمن الرحيم



مركز البحوث

الإخلاقيات في إدارة الخدمات الصحية

تأليف

كيرت دار

ترجمة

د. عبد المحسن بن صالح الحيدر

راجع الترجمة

أ. د. فريد توفيق نصيرات

١٤٣٨هـ - ٢٠١٧م

بطاقة الفهرسة

ⓒ معهد الإدارة العامة، ١٤٣٨هـ.

فهرسة مكتبة الملك فهد الوطنية أثناء النشر

دار، كيرت

الأخلاقيات في إدارة الخدمات الصحية./ كيرت دار،
عبد المحسن بن صالح الحيدر؛ فريد توفيق نصيرات -
الرياض، ١٤٣٨هـ

٤٧٦ ص؛ ١٧ × ٢٤ سم.

ردمك: ٣-٢٤٩-١٤-٩٩٦٠

١- الطب - الأخلاق المهنية ٢- الإسلام والطب
٣- الأخلاق الإسلامية

أ. الحيدر، عبدالمحسن بن صالح (مترجم)

ب. نصيرات، فريد توفيق (مترجم)

ج. العنوان

ديوي: ٦١٠،٦٩٦ ١٤٣٨/٥٤١

رقم الإيداع: ١٤٣٨/٥٤١

ردمك: ٣-٢٤٩-١٤-٩٩٦٠

هذه ترجمة لكتاب

ETHICS

IN HEALTH SERVICES MANAGEMENT

FIFTH EDITION

KURT DARR

إهداء

إلى آن

المحتويات

الموضوع	رقم الصفحة

عن المؤلف:

يحمـــل كيرت دار دكتوراه في القانون و فـــي العلوم، كما أنه زميل المجمع الأمريكي لتنفيذيِّـــي الرعايـــة الصحيـــة (American College of Healthcare Executives) وهو أســـتاذ إدارة المستشـــفيات بقســـم إدارة الخدمات الصحية والريادة في جامعة جورج واشـــنطن. وقد نال شـــهادة الدكتـــوراه في العلوم من جامعـــة جونز هوبكنز (Johns Hopkins University) والماجستير في إدارة المستشفيات من جامعة منيسوتا (University of Minnisota).

أنهى البروفيســـور دار فترة التدريب الإداري في مستشـــفى روتشستر ميثوديست (Rochester Methodist) في منيســـوتا ثم عمل كإداري مشـــارك في مستشفى مايو كلينيـــك (Mayo Clinic). بعد تعيينه ضابطاً في البحريـــة الأمريكية عمل في مهام إدارية وتعليمية في مستشـــفى ســـانت ألبانز (St. Albans) التابع للبحرية الأمريكية، وفي مستشـــفى البحرية في باثيسدا (Bethesda Naval Hospital). ثم أنهى الزمالة للدكتوراه مع وزارة الصحة والخدمات الإنســـانية الأمريكية (Department of Health and Human Services) ومع منظمة الصحة العالمية (World Health Organization) وأيضـــاً هيئة اعتماد تعليم إدارة الخدمات الصحية (Accrediting Commission on Education for Health Services Administration).

والدكتور دار هو زميل جمعية المديرين التنفيذيين للرعاية الصحية الأمريكية وعضو جمعيـــة القانونيين في كل من منطقة كولومبيا (العاصمة) وولاية منيســـوتا (District of Columbia and Minnesota Bars) كما أنه وسيط لدى المحكمة العليا في منطقة كولومبيا (Superior Court of the District of Columbia) و يشـــغل منصب مفوض في مجلس الاعتماد في هيئة اعتماد تعليم إدارة الخدمات الصحية.

يحاضـــر البروفيســـور دار في مجالات أخلاقيـــات الخدمات الصحيـــة، ونظرية الإدارة، وتنظيم وإدارة المستشـــفيات، وتحســـين الجودة، وتطبيق أســـلوب ديمينج في تقـــديم الخدمـــات الصحيـــة (Demming method of health services delivery). إضافة إلى ذلك، يعمل دار مستشـــاراً وخبيراً لدى لجان الأخلاقيات في المستشفيات. وقد ألف البروفيسور دار -وشارك في تأليف ومراجعة- العديد من الكتب المتخصصة في برامج تعليم إدارة الخدمات الصحية، إضافة إلى عدد كبير من المقالات والبحوث المنشورة والتي تتناول مواضيع مختلفة تتعلق بمجال الخدمات الصحية.

تمهيد:

تتابع الطبعة الخامسة من كتاب الأخلاقيات في إدارة الخدمات الصحية مساعي الطبعات الأربع السابقة؛ إذ تصبو جميعها إلى مساعدة طلاب إدارة الخدمات الصحية وكذا مديري منظمات الخدمات الصحية المبتدئين والمخضرمين على شحذ مهاراتهم في الأخلاقيات الإدارية والبيوطبية التطبيقية. فصياغة منهجية لتحديد المشكلات الأخلاقية والعمل على حلها وعرض الآليات الملائمة لتوجيه صنع القرار الأخلاقي من شأنها رفع فاعلية القارئ في حل تلك المشكلات. كما تستمر كذلك في استخدام مفهومي «الإيجاز» و «التنظيم» في توجيه صياغة هذا العمل.

وقد أضيف لهذه الطبعة العديد من الحالات الدراسية والصياغات الحديثة، فهي تضم سبع حالات دراسية جديدة بما فيها الاهتمام بالصحة العامة، وتضم المصادر المستخدمة في عرض تلك الحالات والصياغات إلى جانب خبرات المؤلف وتجاربه الشخصية، ومعلومات قيمة من زملائه، فضلاً عن التقارير المنشورة وأدبيات البحوث. وقد تم تحليل بعض تلك الحالات بالكامل لوضعها بين يدي القارئ ليتسنى له دراستها وفحصها،بينما تُرك البعض الآخر دون تحليل ليتولى القارئ تحليله بنفسه، ولتتاح له الفرصة لتحديد القضايا الأخلاقية والعمل على حلها. تلك الحالات لا شك تقدم لنا دروساً في الأخلاقيات النموذجية والتطبيقية.

نادراً ما تتاح إجابات جاهزة تقدم حلولاً لأي من المشكلات الإدارية أو الأخلاقية. وكما هو الحال في ممارسة الطبابة فإن اتباع أسلوب كتب الطهي غير ملائم على الإطلاق، إذ يفشل في تدبر الفوارق الدقيقة في الحقائق والأوضاع والشخصيات في كل حالة. ولو كانت الإجابات الجاهزة متاحة لاختفى تحدي المشكلات الأخلاقية والرضا الناتج عن حلها من حياة المدير المهنية.

لقد حظيت أخلاقيات الفضيلة بقدر أكبر من الاهتمام في هذه الطبعة، وتستمر مبادئ الاحترام للأفراد، والإحسان، وعدم الإضرار، والعدالة مركز تركيز المديرين وواجباتهم وعلاقاتهم بالمرضى وبالموظفين وبالمهنة. إذ تعزز الفضائل المبادئ وتوفر للمديرين خصائص وسمات محددة ينبغي أن تكون متأصلة في المدير الفاضل.

إن أخلاقيات الشخص هي المحك، وفي هذا الصدد قال أفلاطون «إن الحياة التي لا تُختبر لا تستحق العيش»، كما أضاف تلميذه أرسطو ربما ببعض السخرية، «إن الحياة غير المخطط لها لا تستحق الاختبار». وتفيد مثل هذه الأقوال المأثورة

في إرشادنا كمديرين، إذ ليس بمقدورنا أن نكون فعالين كمديرين (ولا كبشر) دون وجود منار نهتدي به في حياتنا الشخصية والمهنية. إن اليقين الأخلاقي الناتج عن الأخلاقيات الشخصية السامية هو عنصر أساسي للنجاح المهني والشخصي.

نأمل أن تفيد الطبعة الخامسة لهذا الكتاب الذين يحرصون على فحص واختبار ومراجعة أخلاقياتهم الشخصية.

تتكون هذه الطبعة الخامسة التي أعيد تنظيمها وتحديثها وتعزيزها من أربعة عشر فصلاً في خمسة أجزاء، يضع الجزء الأول الإطار لتحديد وحل المشكلات الأخلاقية، ويناقش الفلسفات الأخلاقية والمبادئ الاشتقاقية التي تعززها الفضائل والمنهجية الملائمة لحل المشكلات الأخلاقية. ويحدد الجزء الثاني أهمية الفلسفة التنظيمية، أي فضائلها بعد تعزيزها بالأخلاقيات الشخصية للمديرين ودعمها بالضوابط (codes) المهنية. ذلك بالإضافة إلى تحديد الاستجابات التنظيمية للقضايا الأخلاقية، وتأكيد أهمية الثقافة. ويتناول الجزء الثالث قضايا الأخلاقيات الإدارية، ويشمل تضارب المصالح والتزام المنظمة الأخلاقي نحو المرضى والموظفين والمجتمع، وفق قيادة المديرين الذين يجعلهم معدنهم الأخلاقي ضمير المنظمة. كما يتناول الفصلان السابع والثامن الأبعاد الأخلاقية لفيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسبة (HIV/AIDS) حيث تم دعمها بتناول موضوع التهاب الكبد (ب) و (سي).

ويتناول الجزء الرابع القضايا الأخلاقية الكبرى للمواضيع البيوطبية بما فيها أمور الموافقة على العلاج والاحتضار والوفاة والموت واستقلالية المريض فيما يتعلق بمفهوم الانتحار بمساعدة الطبيب. ويبرز تأثيرات كل منها على صنع القرار الإداري وتنظيم الخدمات الصحية. أما الجزء الخامس من الكتاب فيتناول القضايا الأخلاقية المتعلقة بتسويق الرعاية الصحية والرعاية الصحية المدارة (managed care) إضافة إلى تحصيص الموارد والمسئولية الاجتماعية لمنظمات الخدمات الصحية. إذ نجد هذه النواحي جديدة ونامية ومستمرة. يعكس كلٌ من تحصيص الموارد والمسؤولية الاجتماعية الاهتمام التنظيمي والاجتماعي المتزايد الموجه نحوهما. وأخيراً تضم الملاحق مواد مرجعية قيمة، كما يساعد الكشاف المفصل على تسهيل استخدام الكتاب ومرونته ويعزز قيمته كمرجع وكذلك قيمة استخدامه في فصول الدراسة.

يعود تاريخ صدور هذا الكتاب إلى ثلاثين سنة مضت، حيث كُتبت كل طبعة من طبعاته في بيئة أبرزت تحديات كبيرة، بدا التغلب عليها مستحيلاً، واجهت الذين

يديرون ما يعد من أكثر المنظمات أهمية وأشدها تعقيداً في المجتمع الأمريكي. إنه من المأمول أن توفر هذه الطبعة الخامسة للمديرين الذين أصبح لزاماً عليهم أن يحققوا نتائج أكثر بموارد أقل، وأن يتنافسوا بضراوة ولكن بعدل، وأن يتعاملوا مع بيئة مالية وتنظيمية تزداد تعسفاً وتحكماً وأن يوفروا نطاقا أوسع من الخدمات، وقدراً من العون والمساعدة في مواجهة أعباء أعمالهم. إن تم ذلك أكون قد أحرزت الهدف الذي بدأت فيه منذ ثلاثة عقود.

شكر وعرفان:

يعد هذا الكتاب وسـيلة فعالة لمساعدة إداريّي الخدمات الصحية في تحديد وحل مـا يواجهون من قضايا أخلاقية معقـدة ومتعددة. وقد تحقق هذا الهدف مع صدور الطبعة الأولى في عام (١٩٨٧م). وجاء نشـر الطبعة الثانية بعد أربع سـنوات فقط اسـتجابة لنمط التغير السريع في إدارة الخدمات الصحية. وتم بناء الطبعات التالية على نقاط قوة سـابقاتها، حيـث تم تعزيز وإكمال كل طبعة بهمـوم أخلاقية جديدة، وحالات دراسية، ومفاهيم ورؤى حديثة.

تتطلب كتابة ونشر خمس طبعات من كتاب ما، توفر العون والمساعدة من أشخاص ومنظمات كثر. ومن ثم أقدم جزيل شكري لمن ساهم في إعداد الطبعات الأربع الأولى، فقد قدم لي صديقي وزميلي الراحل روبيرت ج. شولديس (Robert G. Shouldice) العون في إعداد جزء الرعاية المدارة في الطبعتين الأوليين أدعو الله أن يتغمده برحمته. كما تلقيت الدعم والمساندة من كل من روبرت بليك (Robert Blake) رئيس قسم إدارة الخدمـات الصحية والريادة، ولين جولدمـان (Lynn Goldman) عميد كلية الصحة العامـة والخدمات الصحية وكلاهما في جامعة جورج واشـنطن، حيث بذلا قصارى جهدهما لخلق بيئة تدفع إلى البحث والكتابة. كما أدين بشـكر خاص لدونالد ليمان (Donald Lehman) نائب الرئيس التنفيذي السابق للشئون الأكاديمية، ولستيفن ناب (Steven Knapp) رئيس جامعة جورج واشنطن لإقرار الإجازة البحثية (sabbatical) التي مكنتني من إعداد مسودة الطبعة الخامسة.

وقد قدمت كاري آن لافرتي (Carey Anne Lafferty) المساعدات البحثية اللازمة للطبعة الخامسـة حيث عملت بكل جد ورحابة صدر غالباً تحت ضغوط زمنية هائلة ولذا أقدم لها صادق امتناني وأمنياتي لها بكل نجاح في المستقبل.

أما في دار نشـر المهن الصحيـة (Health Professions Press) فكانت ماري ماقنس (Mary Magnus) -مدير النشر ومراقب المهام الصبورة- مشجعة ومعينة علـى الدوام، فلها مني جزيل شـكري. أمـا مدير الإنتاج سيسـيليا غونزاليس (Cecilia Gonzales) فقد أدارت عملية التحرير بفاعلية، ولها مني كل الشكر على ما قدمت من مساعدات.

مقدمة:

يقوم كتاب الأخلاقيـــات في إدارة الخدمات الصحية على مبحثين يمثلان القاعدة الأساســـية له وهما: اســـتقلالية وأولوية وحماية كل من المريــض* ومدير الخدمات الصحية بصفته وكيلاً أخلاقياً وقائداً لمنظمات الخدمات الصحية.

ويهـــدف هذا الكتاب إلى مســـاعدة مديـــري الخدمات الصحية فـــي تطوير منهج أخلاقي شـــخصي، والإحاطة بالقضايا الأخلاقيـــة الإدارية والبيوطبية (biomedical) كما يقدم أيضاً منهجية لحل المشـــكلات التي تثيرها تلك القضايا. إن التركيز هنا هو على الأخلاقيات المعيارية (normative) أي في إطار "ما يجب عمله". كما نلقي بعض الضـــوء على الأخلاقيـــات الوصفية أي في إطار "ما الذي نفعلـــه في الواقع" وطبيعة الأخلاقيات (meta ethics) أي في إطار "دراسة النظم الأخلاقية" وذلك لأنها تساعد على فهم الأخلاقيات المعيارية وســـبر غورها. لا يتناول هذا الكتاب نظريات النسبوية الأخلاقية (relativism) والعدمية الأخلاقية (nihilism). إذ تشير النسبوية الأخلاقية إلى عدم وجود حقائق مطلقة، أو أن جميع الإجابات على الأســـئلة الأخلاقية صحيحة أخلاقياً، وفق الظروف والثقافة. كما لا تعد نظرية العدمية أن أي اختيار صحيح. فلا تساعد أي النظريتين المديرين على الوفاء باحتياجات المرضى أو الموظفين أو المنظمات، ولا تســـاعدهم في حل المشـــكلات الأخلاقية. إضافة إلى ذلك لا تساعد النسبوية أو العدمية الأخلاقية المدير على تشكيل و مراجعة الأخلاقيات الشخصية.

تشـــكل الأخلاقيات الشـــخصية لمدير الخدمات الصحية إطاراً أخلاقياً للعلاقات مع المرضى والموظفـــين والمنظمات والمجتمع. وفي تلك العلاقات، يؤثر المدير أخلاقياً ويتأثر بما يُفعل أولا يُفعل. وهذا مما يؤكد بشـــكل خاص ســـوء اســـتخدام الســـلطة (misfeasance) وارتكاب المحظورات (malfeasance) والإهمال (nonfeasance) إذ لا تخلو قرارات الإدارة من التقديرات الشخصية فهي تؤثر - من المنطلق الأخلاقي - في بيئة المنظمة وتتأثر بها.

يعتمـــد المريض على منظمة الخدمات الصحية وموظفيها لأداء خدمات فريدة في المجتمع. حيث تتجاوز مســـئوليات المديرين- نحو المرضى - واجباتهم الرســـمية نحو منظماتهم. فلا شـــك في أن حماية المرضى تتجاوز مجرد توفير بيئة آمنة وموظفين

* من أجل تسهيل القراءة تستخدم مفردة المريض لوصف أي شخص يتلقى الخدمة من منظمة الخدمات الصحية.

مؤهلين. وهي أكبر مــن الترخيص والاعتماد والالتزام، وأكبر من وجود فائض نقدي في نهاية السنة المالية. فالمدير هو ضمير المنظمة ووجدانها، وتتمثل تلك المسؤولية في اســتعداد المنظمة -تدفعها وتوجهها الإدارة- لإدراك وتبني الكرامة الإنسانية المتأصلة فــي المريض وذلك من خلال تنفيذ البرامج الفعالة التي تحقق وتبلور تلك المســؤولية، كما تعني تلك المســؤولية اســتخدام نماذج فعالة للموافقة وإجراءات العلاج، وضمان كفــاءة كل مــن يتصل بالمرضى، والتأكــد من أنهم يعملون من أجــل مصلحة المريض. وتعنــي كذلك عدم اعتبار المرضى خصومــاً وعدم هجرهم والتخلي عنهم عند حدوث خلل ما في إجراءات الرعاية الصحية. إذ باستطاعة المنظمة التي بذلت ما في وسعها فــي هذا الصدد أن تواجه تبعات ما يقع من أخطــاء بأمانة، وأن تقوم بتخفيف الأذى أو الضــرر الواقــع، وأن تتوصل إلى حل عادل يرضي جميــع الأطراف. يتم التخلص من تلك التعقيدات حين تحدد الإدارة ســبب المشكلة وتحد منها أو تحول دون احتمال حدوثها مجدداً، وعندما تســعى إلى تحســين الجودة بشكل مستمر. وتتطلب العدالة -أحياناً- أن تضم عملية صنع القرار مســبقاً ضوابط ومقاييس تحليل المنفعة للتكلفة (cost-benefit) والنفعيــة (utilitarianism) وهــو مبدأ ينص على بذل أعظم قدر من المنفعــة لأكبر عدد من الأشــخاص). وتدرك المنظمة أن كرامــة وقدر الناس لم تعط حقها حتى عند هذا الحد.

كيف تُطور منظمة الخدمات الصحية سياســة "عادلة" وتطبقها؟ وكيف تسعى إلى معاملة المرضى بالتســاوي وكذلك تســعى للعمل على تحقيــق مصالحهم؟ يبدأ تطبيق سياســة عادلة مع فلســفة المنظمة* التي يجب أن تحدد بوضــوح طبيعة العلاقة بين المريض والمنظمة. ويجب أن تعكس تلك الفلسفة فكرة أن للمريض استقلاليته وله الحق أن يعامــل باحترام وكرامة. وبعبارة أخــرى فهناك (عقد تفاهم ضمني) يمكن التحقق منه بين المريض ومقدم الرعاية مبني على أساس الثقة والتقدير المتبادل. ويدرك هذا التفاهم أن المرضى يحتفظون بحق التحكم في حياتهم حيثما كان ذلك ممكناً.

بعد إعلان فلســفة المنظمة، ينبغي أن تنعكس تلك الفلســفة على جميع مشتقاتها مثل: بيان رســالة المنظمة، ورؤيتها، وسياســاتها، وإجراءاتها، وأنظمتها، كما ينبغي أن تنعكــس بصفة خاصة علــى علاقاتها مع المرضى والمجتمع، وإلا ســيعم الاعتقاد بأن المنظمة ومديريها يســتخفون بأنفسهم وبمن يقدمون لهم الخدمة، ولا يأخذون عملهم

* يستخدم مفهوم فلسفة المنظمة كمفهوم شمولي يضم القيم والقيم الجوهرية، والقيم المشتركة، والخدمة العلاجية، والفلسفة، أو العبارات المشابهة المستخدمة للتعبير عن الإطار الفلسفي الذي تقدم ضمنه الخدمات.

بمحمل الجد. وبإمكان الموظفين إدراك ذلك الاستخفاف بسهولة، وبالتالي ينعكس ذلك على علاقتهم بالمرضى. قد لا يستسلم الموظفون للآثار السلبية لهذا التباين، إلا أنه رغم ذلك يبقى تضارباً خفياً يوهن ثقة الموظفين ويهز معنوياتهم.

من أهم المساهمين في تطوير علاقة ملائمة مع المرضى والحفاظ عليها هو الطبيب* الذي يؤدي دوراً رئيسياً بالضرورة، إلا أنه ينبغي على الأطباء احترام القرارات التي يتخذها المريض أو من ينوب عنه. كما تكمل الأدوار التي يؤديها الأطباء والمنظمة بعضها البعض ولكن تبقى المنظمة من الناحية الأخلاقية مسؤولة عن نشاطات الطبيب التي يقوم بها داخل المنظمة.

هموم حول الأخلاقيات:

تستخدم عبارة الأخلاقيات كثيراً في الرعاية الصحية، إذ تثار التساؤلات يومياً حول كيفية اتخاذ الخيار الصحيح أخلاقياً. حتى القرارات الإدارية التي تبدو مباشرة وموضوعية لها مضامينها الأخلاقية للمرضى والموظفين والمنظمة والبيئة المحيطة والمجتمع. إن الكثير من القرارات التي تسبب مشكلات أخلاقية هي نتيجة للثورة المستمرة في علوم الأحياء والتقنية، وتفاقم القيود المالية والمنافسة والوسائل الجديدة لتقديم الخدمات المشكلات الأخلاقية الحالية، وتخلق أخرى جديدة. ومما يدفع بهذه الأسباب تزايد مستوى الوعي الناتج عن البحوث والكتابات حول موضوع الأخلاقيات، وعمل اللجان والهيئات الحكومية ودراستها لشئون التجارب، والأخلاقيات البيولوجية.

تحدث المعضلات الأخلاقية عندما ينجذب صناع القرار في اتجاهين مختلفين يحددهما إجراءان متنافسان لسير العمل، مبنيان على أطر أخلاقية مختلفة، أو عناصر مختلفة أو متباينة من فلسفة المنظمة، أو واجبات أو مبادئ أخلاقية متضاربة، أو إدراك غير محدد لمفهوم الحق والباطل. فقد يطلب من الموظفين، على سبيل المثال، اتباع أنظمة قد يرونها غير مناسبة أو مجحفة، أو قد يتناقض مبدآن أخلاقيان، كأن يتضارب واجب المرضة في الحفاظ على الحياة مع رغبة المريض في عدم إبقائه حياً. بطريقة تقنية مصطنعة. ويتمثل أحد

* لتسهيل القراءة تشمل مفردة طبيب جميع الأطباء وممارسي الفنون الطبية والعلاجية المرخص لهم بمعالجة المرضى (مثل أطباء الأسنان والقابلات والمحللين النفسيين واختصاصيي الأقدام والمعالجين اليدويين) ويعرف هؤلاء غالباً بمسمى ممارس مرخص مستقل.

المصــادر الأخرى للمعضلات الأخلاقية في وجود موقفــين أخلاقيين مقنعين لقضية ما، مثل اســتمرار الحمل بجنــين يعاني من خلل تكويني جينــي، إذ يتناقض الفحص الجيني والمشــورة -المفروضان على الأشخاص المعرضين لمثل هذا الحمل- مع الحرية الشخصية للذين لا يرغبون في تلك المعرفة. وتتباين الاستنتاجات عندما يضع صناع القرار درجات متفاوتة من الأهمية لمبادئ متعددة، مثل تضارب الحرية أو الخصوصية الفرديــة مع المصالح المجتمعية والاعتبــارات الاقتصادية. كما تؤثر التوجهات والميول السياسية والقوانين والأنظمة كذلك في القرارات الأخلاقية.

وقد يختلف الأشخاص العقلانيون فيما يعدونه صائباً أخلاقياً في بعض القضايا. فغالباً ما تبرز إجابة واحدة تبدو أفضل أخلاقياً لدى كل شــخص. توصف المشكلات الأخلاقية غالباً بأنها معضلات (dilemmas) لأن ذلك يؤكد صعوبة إيجاد الحل الأفضل من الناحية الأخلاقية. ومما لا شك فيه أن حل المشكلات الأخلاقية أمر شاق، إلا أن القليل من تلك المشكلات يطلق عليه مصطلح معضلة بالمعنى الضيق للكلمة.

هل تشكل القوانين والأنظمة المشكلة أم الحل؟ يرى البعض إن المشكلات الأخلاقية تنشــأ لأن القوانين أو الأنظمة تفشــل في توجيه الأفعال والنشــاطات. ويرى البعض الآخر أن القوانين تجبر المنظمات والمديرين على العمل بطرق تنتهك وتتجاوز مبادئهم الأخلاقيــة. ولكل من المنظورين قيمته وتميزه حســب القضية والحقائق، فيجب على صناع القرار في المنظمات - حتى عند وجود أنظمة وقواعد خارجية - أن يقرروا متى يتعين تطبيق تلك الأنظمة؟ وكيف تفســر؟ وهل عليهم الامتثال لها أم لا؟ وفي واقع الأمر فإن تحديــد القواعد وتوضيحها يحد من حرية التصرف ويقيد الحركة، وتكون -عندئذ- المشــكلات الأخلاقية أشد صرامة وحلها أصعب من ذي قبل. قد يتجاهل البعــض القواعد والأنظمة ويطبق أخلاقياته الشــخصية، وقد يطبق آخرون القواعد والأنظمــة بحزم وصلابة دون التفكير في فلســفتها الضمنيــة أو القضايا الأخلاقية الناتجــة عن تطبيقها. وعلى النقيض من ذلك تقع بعض المشــكلات الأخلاقية لعدم وجود قواعد وأنظمة خارجية تســاند صناع القــرار وتعينهم. أما البعض الآخر فقد لا يتفقون بشــكل جماعي حول ما ينبغي لتلك القواعد والأنظمة أن تكون، ومما يزيد تعقيد الأمور أن بعض المشكلات الأخلاقية تنتج بشكل أسرع من قدرة حقل الخدمات الصحية أو المجتمع على حلها.

تعريف الأخلاقيات:

يصعب وضع تعريف واحد للأخلاقيات لأنها تحتمل عدة معان، فالأخلاقيات من وجهة نظر الفلاسفة هي الدراسة الرسمية للأخلاق والفضيلة، ويرى علماء الاجتماع أن الأخلاقيات هي التقاليد والأعراف والعادات والسلوك في ثقافة ما، بينما يرى الأطباء أن الأخلاقيات تعني الوفاء بتوقعات المهنة والمجتمع والتفاعل مع المرضى بطرق معينة. ومن هنا يتعين على مديري الخدمات الصحية أن يعدوا الأخلاقيات واجبا خاصا ومسئولية تجاه المرضى، والموظفين، والمنظمة، وتجاه أنفسهم ومهنتهم، وفي المحصلة النهائية تجاه المجتمع، ولكن بصورة غير مباشرة. يواجه المديرون التساؤل المعياري «ما ذا يجب على أن أفعل؟»

غالبا ما تكون الفوارق والاختلافات بين المشكلات الأخلاقية غير واضحة، إلا أنه يمكن تقسيم هذا النوع من المشكلات إلى بيوطبية وإدارية، فالمشكلات الأخلاقية البيوطبية تُعنى بالمرضى أفرادا أو جماعات كما تعنى بعلاقاتهم مع بعضهم البعض أو مع مقدمي الخدمة والمنظمات. ولا يُعنى المدير مباشرة بالمشكلات الأخلاقية البيوطبية ويعتمد ذلك طبعا على طبيعة المشكلة، وحيث إنه قد توجد مشكلات وراء نطاق المشكلة الأخلاقية البيوطبية، قد تصبح محل انتباه وسائل الإعلام، فتحتاج الإدارة هنا إلى تحديد المشكلة وإيجاد الحل، والذي قد يكون خياراً صعباً بين توجهين متضاربين. أما المشكلات الأخلاقية الإدارية فقد تشمل المدير والمهنة والمنظمة والمرضى والمجتمع، ويندر أن تشمل تلك المشكلات الإدارية خيارات متنافسة مبررة أخلاقياً، وما حل تلك المشكلات إلا في مسألة إدراكها والعزم على حلها، أي عمل الصواب من الناحية الأخلاقية.

مصادر القانون:

العلاقة بين القانون والأخلاقيات (الفضيلة) هي علاقة ديناميكية فعالة، لذا فمن المفيد استهلال كتاب عن الأخلاقيات باستعراض موجز لتطور القانون. للمجتمعات المنظمة ضوابط أو منظومة من القواعد تميز بين السلوك المقبول وغير المقبول وتفرض عقوبات على المخالفين. وبالإمكان تعريف القانون على أنه منظومة من المبادئ والقواعد للسلوك البشري تقره أو تفرضه سلطة ما، ويشمل هذا التعريف القانون الجنائي والمدني. وعلى النقيض من ذلك فالأخلاقيات هي دراسة معايير السلوك والأحكام الأخلاقية، وبالنسبة للأفراد فهذه هي الأخلاق الشخصية، أما بالنسبة للمهنة فهي النظام المرشد أو شريعة الأخلاقيات.

إن الأساسيات الأخلاقية في القانون الجنائي تعكس بوضوح حس المجتمع بالخطأ والصواب والحق والباطل أو تعكس أخلاقيات المجتمع أو فضيلته. ويستمد القانون الجنائي في المجتمعات الديموقراطية أساسياته من رؤى العدل والتجرد لدى غالبية أفراد المجتمع ويعكسها. ولا يحدث ذلك على هذا النحو في القانون المدني الذي يضبط العلاقات بين الأفراد ويشمل الضرار والعقود. ويعني منهج القانون العرفي السائد في الولايات المتحدة أن كماً كبيراً من مواد القانون مبني على أساس السابقات (precedents) التي ثبتتها قرارات المحكمة، ويؤكد القانون المدني على إمكانية التنبؤ بالوقائع والثبات وحقوق الملكية.

إذا كانت القوانين في المجتمعات الديموقراطية تعكس القيم الأخلاقية للغالبية، فقد تكون لعدد كبير من الأقليات رؤى مغايرة، وقد يرون أن قانوناً ما أو إجراء حكومياً ما (جائز) بحيث يجازفون بتلقي عقوبات مخالفته والخروج عنه. ويوجد المثال التاريخي على ذلك في التعديل الثامن عشر للدستور الأمريكي الذي طبق عام (١٩١٩م) و حظر تصنيع أو بيع أو نقل المشروبات الروحية. وقد كانت مخالفة ذلك القانون واسعة الانتشار إلى أن تم إبطاله في عام (١٩٣٣م)، ومن الأمثلة المعاصرة هناك مثال مقاومة التجنيد الإجباري لحرب فيتنام والتهرب منه، وكذلك تجاهل حدود السرعة القصوى على الطرق، وأيضا انتشار استخدام مخدر المريهوانا (الحشيش).

وعُدَّت القوانين في بعض الحضارات هبة من الآلهة، فقد افترض أفلاطون في كتابه "الجمهورية" أن الدولة المثالية هي التي تقوم على النظام العقلاني ويحكمها ملوك فلاسفة. وقد رأى أفلاطون أن القانون المكتوب هو تبسيط مؤسف لا يستطيع أن يأخذ في الاعتبار اختلافات وظروف الأطراف المتنازعة والمواقف المرتبطة بالنزاعات القانونية، كما رأى أنه من الأفضل أن يقوم الفيلسوف بتطبيق قانون غير مكتوب، إلا أن تجربته الشخصية أثبتت استحالة نظريته واضطر إلى تقبل قانون مكتوب نفذ بدون أي اعتبار لظروف الأشخاص ذوي العلاقة[1]. وقد أصبح مفهوم (حكم القانون لا الرجال) هذا متأصلاً في تراث القانون الأنجلو- أمريكي وممارساته. ولأن ثمة نتائج منافية للعقل قد تحدث جراء تطبيق القانون المدني دون اعتبار ظروف وأوضاع الأطراف المتنازعة، فقد استمر مفهوم القانون غير المكتوب الذي ابتدعه أفلاطون ولكن بشكل محدود. وقد تطورت نظم المحاكم المتوازية في القانون والإنصاف في القانون العرفي، وبالإمكان مرافعة القضايا المدنية في أي منها، ولدى بعض الولايات محاكم إنصاف (courts of equity) تنظر في الحالات التي تكون العدالة فيها هي

الشـــأن الرئيســـي، إلا أن معظمها دمجت كل من القانون والإنصاف في نظام قضائي واحد.

ونظـــراً للارتباط بين الرؤى المجتمعية للخطأ والصواب والقانون، تنعكس الفضيلة فـــي جميـــع أوجه القانون وفروعه، ســـواء الرســـمي أو غير الرســـمي. حدد (إدغار بودينهايمر)[٢] (Edgar Bodenheimer) -وهو أحد أبرز خبراء القانون- مصادر القانون الرســـمي بالدســـاتير (constitutions)، والأنظمة التشـــريعية (statutes)، والمراسيم الرئاســـية (executive orders)، والأنظمة الإدارية (administrative regulations)، والقوانين والمراســـيم المحلية (ordinances)، ومواثيق ولوائح (charters and bylaws) الهيئات المستقلة وشبه المستقلة، والمعاهدات (treaties) والسابقات القضائية (judicial precedents). أما مصادر القانون غير الرسمية فلم تتلق صياغة معتمدة أو على الأقل صياغة صريحة أو تأكيداً لها في أي وثيقة قانونية رسمية، وتشمل تلك المصادر معايير العدالة، ومبادئ المنطق، واعتبارات طبيعة الأمور والكون (natura rerum)، والإنصاف للأفراد والسياسات العامة والرواسخ والمبادئ الأخلاقية والميول والنزعات الاجتماعية والقانون المعتاد (customary law).

كان لضم (بودينهاير) مواثيق ولوائح الهيئات المســـتقلة وشـــبه المستقلة إلى قائمة مصادر القانون الرســـمية أهمية لإدارة الخدمات الصحية، إذ تشمل تلك الوثائق مواد تأســـيس المنظمة ولوائحها. وقد تضم تلك المواد واللوائح إشـــارة عامة إلى فلســـفة المنظمـــة ورســـالتها، ولكنها تفصّل ذلك عادة في وثائق أخـــرى. وهذا الأمر في غاية الأهمية، فلوائح وأنظمة الهيئة الطبية هي مصادر رســـمية للقانون بالنسبة للمنظمة، ولذلك يجب أن تعكس تلك اللوائح فلسفة المنظمة ورسالتها وأن تكون متوافقة معها.

إضافة إلى أهمية ميثاق ولوائح المنظمة في عكس فلســـفتها ورســـالتها فهي أيضاً قانون المنظمة الأساسي، حيث يعتمد عليها جميع الأشخاص الذين تؤثر فيهم المنظمة من الموظفين والأطباء والمرضى في إرشـــادهم وتوجيههم من خلال السياسات المنبثقة منهـــا، والإجراءات والأنظمة المعمول بها. وتوفر مصادر القانون الرســـمية مثل لوائح الهيئة الطبية تفصيلاً لحقوق وواجبات الأطباء، وفي حال وقوع خلاف قانوني ترشـــد تلك الوثائق المحاكم وهيئات النظر الأخرى.

في تعريف بودينهايم للقانون الرســـمي الكثير من التعميم بحيث يشـــمل الضوابط المهنيـــة لأخلاقيات المهنـــة، ولا يمكن تطبيـــق الضوابط بفعالية إلا إذا تم تفســـيرها

وتنفيذها، فمن شأن تلك النشاطات أن توجه تطبيق الضوابط وصنع القرارات المرتبطة بها وتمنحها الحيوية وتبث فيها الحياة، كما تضمن توفر العنصرين الأساسيين لهذه الضوابط وهما الثبات وإمكانية التنبؤ بالمجريات.

العلاقة بين الأخلاقيات والقانون:

قد تبدو علاقة القانون والأخلاقيات متبادَلة ومباشرة، بمعنى أن يكون أي أمر قانوني أخلاقياً والعكس صحيح، إلا أن ذلك ليس ثابتاً بالضرورة، بل إن الأهم من ذلك هو أن القانون ينص على الحد الأدنى من الفضيلة الذي يحدده المجتمع لتوجيه أنماط التفاعل بين الأفراد بعضهم البعض وبينهم وبين الحكومة، فالقانون يشدد على المحظورات والمنع «أي لا يسمح بكذا أو كذا» ولا يحوي إلا قدراً ضئيلاً من الواجبات أو المهام المسموح بها.

أما بالنسبة للمهن فتتجاوز الأخلاقيات بكثير مجرد تطبيق القانون والانصياع له، وتتوقع الهيئات المهنية أن يذعن أعضاؤها للقانون ولكنها تتجاوز ذلك المستوى وتضيف واجبات إيجابية تجاه المرضى والمجتمع ونحو بعضهم البعض، وقد يؤدي ذلك إلى أن تتطلب ضوابط الأخلاقيات المهنية نشاطاً وفعلاً لا يتطلبه القانون. لذلك قد يكون أداء المهني لنشاط ما (أو عدم أدائه) قانونياً ولكنه غير أخلاقي.

لا تنحصر المهام الإيجابية في المهنيين، فقد يلتزم الأفراد أيضاً بمستوى من الأخلاقيات يلزمهم بمساعدة الآخرين أو العمل من أجلهم. وتعني تلك المهام الإيجابية العمل بالحكمة المعروفة «عامل الناس كما تحب أن يعاملوك» وهي تتطلب أكثر بكثير من مجرد الامتناع عن التدخل في شئون الآخرين أو سن قانون يحمي شخصاً من آخر.

وكما أشرنا سابقاً، فإنها لمفارقة عجيبة أن يمنع القانون وقوع المشكلات القانونية ويسببها في آن معاً. ولذلك لا بد من اتخاذ الخيارات بغض النظر عن وجود قانون عام أو لا، ففي غياب القانون العام يعتمد المديرون على قانون المنظمة الرسمي، مثل بيان فلسفة المنظمة (أي أخلاقياتها وقيمها) ورسالتها، كما أن للقانون غير الرسمي الذي تجسده أخلاقيات المدير الشخصية أهمية في قيادة وتوجيه صنع القرار. وقد لا يكون القانون العام فيصلاً في حل المشكلات، فقد تبقى المشكلات الأخلاقية حتى حينما يكون القانون العام واضحاً جلياً، ومن الأمثلة على ذلك، حكم المحكمة العليا في الولايات المتحدة الأمريكية بأن للمرأة حقاً دستورياً مطلقاً للإجهاض خلال الثلث الأول من الحمل، إلا أن الجدل لا زال مستمراً حول أخلاقية الإجهاض.

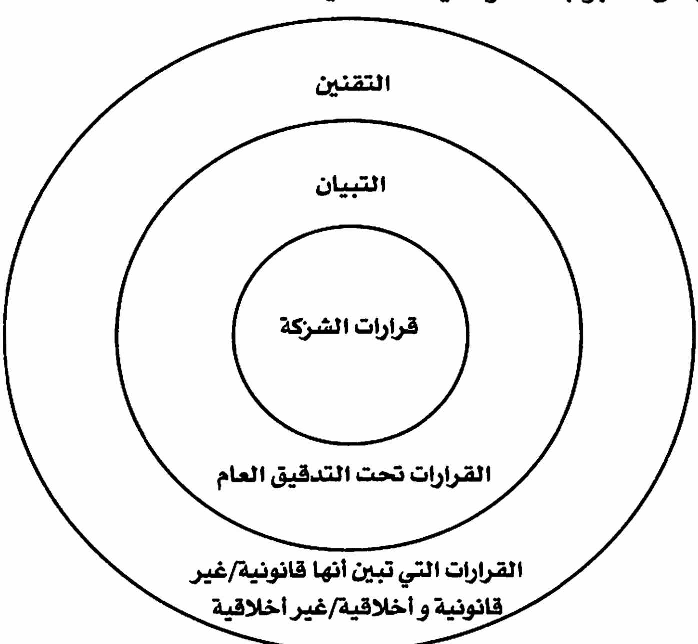
الأنظمة التشريعية وأحكام المحكمة والضوابط الأخلاقية هي جميعاً مصادر القانون الرســـمي، إلا أن الأخير لا يؤثر إلا في أعضاء مجموعة محددة من الناس، وهي غالباً الجمعيات التطوعية والتي قد لا يكون الانتماء إليها تطوعياً تماماً، وذلك لأن لأعضاء تلـك الجمعيات توقعات ومطالبات. وقد يعد أرباب العمل العضوية عنصراً هاماً في تقييـم المؤهلات، كما أن مســتهلكي الخدمات من ذوي الاطلاع يطرحون التســاؤلات ويبدون وجهات نظرهم حول عضوية الشــخص في مثل تلـك الجمعيات والاتحادات المهنية. إلا أن المشاركة في الجمعيات المهنية هي في الأساس تطوعية.

تنتشــر التراخيص بين الموظفين والعاملين في المجــال الإكلينيكي، أما بين مديري الخدمات الصحيــة فلا يجب الترخيص إلا لمديري المرافــق التمريضية (دور العجزة والمسنين التي تتطلب رعاية تمريضية خاصة ومستمرة). ويمنح ضم المعايير الأخلاقية في أنظمة الترخيصات التشريعية قوة النظام لها، ولا يعفي ذلك الاتحادات المهنية من الحاجة إلى تنظيم وضبط سلوك الأعضاء بتبني أدلة الممارسة الصارمة، فالمجموعات التي لا تنعكس ضوابطها في الأنظمة التشــريعية والتنظيمات تتحمل عبئاً أكبر، حيث إن تنظيماتها ليست سوى بيانات خاصة حول السلوك المقبول، وعلى المجموعات ذاتها أن تتولى مهمة الرقابة على سلوكيات الموظفين. فالتعهد بحماية المجتمع وخدمته هي سمة المهنة، ويُبرز حاجة المجموعات لمراقبة أعضائها ورصد سلوكياتهم.

تتمايز نشاطات وإجراءات الهيئات التنظيمية في الدعاوي التأديبية بموجب أنظمة الترخيص التشريعية عن المجموعات الخاصة، إذ لا ينتج الإقصاء من المجموعة المهنية عادة إلا بعد جلســة خاصة منفصلة، وإجراء مراجعة وإعادة نظر في الدعوى. يعني فقدان الترخيص -إذا كان إلزامياً للعضوية في مجموعة مهنية- الإقصاء من عضوية تلك المجموعة أوتوماتيكياً.

يوضح الشــكل (١) العلاقة بين القانون والأخلاقيات وهو نموذج طوره هندرسون (Henderson)، ويبــين تتابع الأحــداث المؤدية إلى تفحص العامة لقرارات المؤسســة وتقريــر ما إذا كانت قانونية أو أخلاقية أو كلاهما معاً. وهذا الحكم يأتي بالضرورة بعــد وقوع الحدث، رغم جهود الإدارة للتنبؤ بنتائج قرار ما. ويشــير النموذج إلى أنه لا يمكن في الكثير من نشــاطات وأفعال المنظمة التيقن مما إذا كان الذين ســيقيمون القرار في نهاية الأمر سوف يعدونه قانونياً (كما يحدد ذلك رجال الشرطة) أو أخلاقياً (كما يحدد ذلك المهنة أو الجمهور). ويضيف ذلك درجة مرتفعة من عدم اليقين لصنع

القــرار داخل وخارج الخدمات الصحية، إذ يُعدّ التنبؤ عادة بأن عملاً ما ســوف يُعدّ قانونياً أسهل من التنبؤ بأنه سوف يُعدّ أخلاقياً.



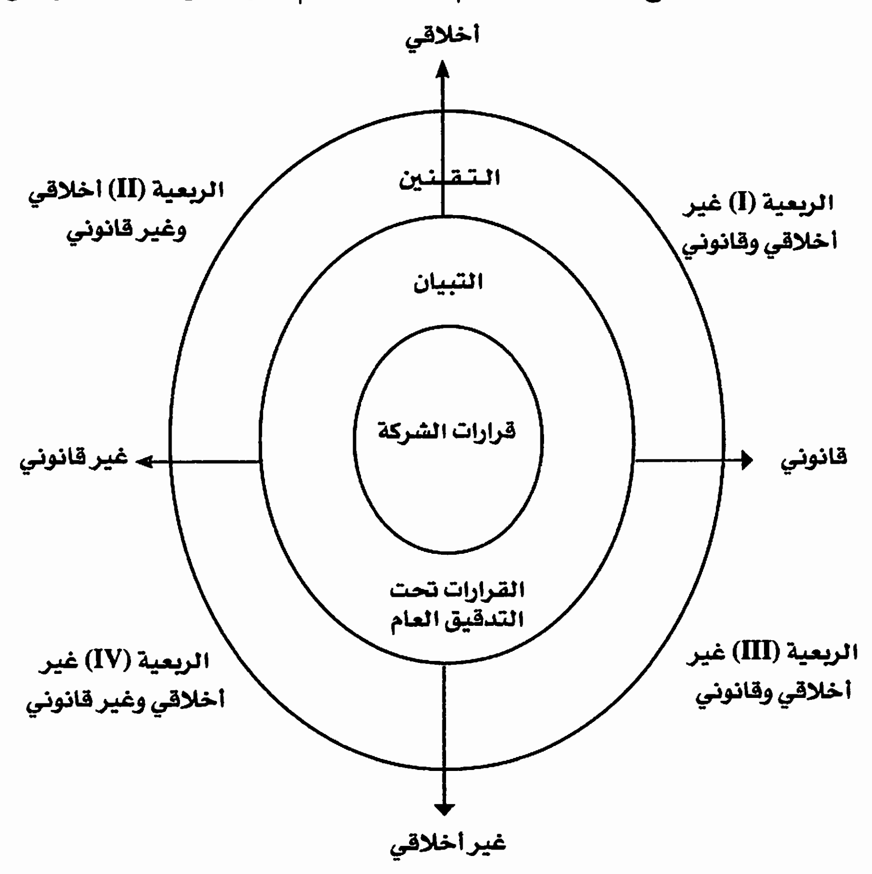
الشكل (١): العلاقة بين القانون والأخلاقيات (منقول عن «الجانب الأخلاقي للشركة» تأليف في إي هندرسون في سلون منيجمنت رفيو إم أي تي ٢٣ ١٩٨٢ ص ٣٧-٤٣ بإذن الناشر حقوق الطبع ١٩٨٢ معهد ماساشوسيتس للتقنية جميع الحقوق محفوظة.

يوضح الشكل (٢) مصفوفة طورها هندرسون وتبين تمازج السلوك القانوني وغير القانوني والأخلاقي وغير الأخلاقي، وفي الربعية (I) يتصرف المديرون بطريقة قانونية وأخلاقية.

تضم الربعية (II) القرارات الأخلاقية ولكنها غير قانونية. تتطلب ضوابط المجمع الأمريكي لتنفيذيّي الرعاية الصحية الأخلاقية من منسوبيها الانقياد لجميع القوانين والأنظمة، مما يشــير إلى استحالة تبرير مديري الخدمات الصحية لعمل غير قانوني لأنه أخلاقي. إلا أن هناك بعض الاستثناءات. فعلى سبيل المثال يمكن تبرير مخالفة القانون أخلاقياً للحيلولة دون وقوع ضرر أو إصابة أكبر. وعلى من يمارسون العصيان المدني أو مخالفة قوانين أخرى أن يتحملوا العقوبات التي تطبق عليهم.

وتضم الربعية (III) القرارات غير الأخلاقية ولكنها قانونية وتدمج مفهوم أن المعايير الأخلاقية -وخاصة المهنية منها- تلزم أعضاءها بمســتوى أعلى مما يفرضه القانون.

من الأمثلة على ذلك، القصور في اتخاذ الإجراءات اللازمة لحماية المريض من الرعاية الطبية غير المؤهلة، ولمنع المدير من تعظيم ذاته وتضخيم قدره على حساب المرضى.



الشكل (٢): مصفوفة للنتائج المحتملة المتعلقة بأخلاقية وقانونية قرارات الشركة (منقول عن «الجانب الأخلاقي للشركة» تأليف في إي هندرسون في سلون منيجمنت رفيو إم آي تي ٢٣ ١٩٨٢ ص ٣٧-٤٣ بإذن الناشر حقوق الطبع ١٩٨٢ معهد ماساشوسيتس للتقنية جميع الحقوق محفوظة.

تضم الربعية (IV) النشاطات غير القانونية وغير الأخلاقية، كالاختلاس مثلاً وكذلك تجاهل متطلبات الأمان واحتياطات الوقاية من الحرائق، المطبقة محلياً، أو تزوير التقارير المحاسبية المرفوعة لنظامي مديكير (Medicare) ومديكيد (Medicaid) للتأمين الصحي الفدرالي للمسنين وللمعوزين على التوالي.

لا بـد من التأكيد على أنه في الديناميكية بـين القانون والأخلاقيات كلٌ يؤثر في الآخـر ويتأثر به. فالضوابط والسـلوك المهني تعكس انطباعـات المجتمع عن المهنة إضافـة إلى الصورة الذاتيـة لتلك المهنة، إلى درجة أن يقـوم القانون بوضع ضوابط لاحتياجات المجتمع لحماية نفسـه وضبط السـلوك، إضافة إلى أن قوانين الترخيص توضح بشكل جلي ما هو المتوقع من مهنة ما. تتطور الفضيلة التي تنعكس في القانون ولكنها غالبـاً تتباطأ وتتخلف عن الفضيلة والأخلاقيـات الخاصة، ومن هذا المنطلق فالقانون يقود بعض جزئيات المجتمع ولكنه يتبع البعض الآخر.

الخاتمة:

قال غاندي (Gandhi): "إن عدم التعاون مع الشـر هو واجب بقدر ما هو التعاون مع الخير". وقال إدموند بيرك (Edmund Burke) "كل ما يلزم لانتصار الشر هو ألّا يفعل الرجال الأخيار شـيئاً" تتصل كلتا الفلسفتين اتصالاً وثيقاً بالخدمات الصحية، وخاصة بمديريها، فإدراك وفهم التزاماتهم الأخلاقية والوفاء بها في غاية الأهمية.

قد تبدو المتطلبات المعاصرة لمنظمات الخدمات الصحية ومديريها متضاربة مع البيانات التي قد تعد مثالية، والمنصوص عليها في ضوابط الأخلاقيات. ولكن على المديرين تمييز مسـؤولياتهم وإدراك حجمها، والسـعي إلى تحويل المثاليات إلى حقيقة ملموسة. كما أن عليهـم أن يروا أنفسـهم كما يراهم الآخرون، أي ممثلين للفضيلـة يؤدون دوراً حيوياً في المنظمة وجهودها لخدمة وحماية وتعزيز ودعم مصالح المرضى والمجتمع.

هنـاك ما يكفي من الدلائل على وجود المشـكلات الأخلاقيـة والقانونية في عالم الأعمال. ورغم ندرة حدوثها وتراجع تأثيراتها على الاقتصاد والمجتمع، إلا أنه وقع ما يكفـي من المصائب الأخلاقية والقانونيـة في حقل إدارة الخدمات الصحية ليتضح أن هـذا الحقل يواجه تحديات كبيرة وهامة. نتناول بعض تلك المصائب في هذا الكتاب، وهناك ما يثير القلق أكثر من الهفوات الأخلاقية والقانونية. فماذا عن علاقات المدير مع أشخاص تخدمهم المنظمة أو موظفيها؟ تظل إدارة منظمات الخدمات الصحية من أكثر الأعمال تحدياً وإرهاقاً في المجتمع. ولم يقل أحد إن هذا العمل سـيكون سـهلاً ومريحاً، ولا يتوقع الكثير من العاملين في هذا الحقل الثناء والمجد مقابل عملهم. ولكننا نسموا بفخر المهنة والاعتزاز بالذات ونفي بمسؤولياتنا عندما نعمل كممثلين للفضيلة، وواجبنا الأساسي هو خدمة مصالح المرضى والتوسع في خدمتهم ورعايتهم.

هذا هو التحدي المستديم لإدارة الخدمات الصحية.

الهوامش:

1. A useful discussion of Plato's political philosophy is found in Jeremy Waldron. (1995). What Plato would allow. In Ian Shapiro & Judith Wagner DeCew (Eds.), Theory and practice: Nomos XXXVII (pp. 138–178). New York: New York University Press.
2. Edgar Bodenheimer. (1974). Jurisprudence: The philosophy and method of the law (p. 6). Cambridge, MA: Harvard University Press.

الجزء الأول
تحديد وحل المشكلات الأخلاقية

يحتوي الفصلان الأول والثاني على معلومات أساسية لتحديد وفهم وتحليل وحل المشكلات الأخلاقية الإدارية والبيوطبية. نطور خلفية ومنهجية شمولية (generic) ونطبقها على الحالة الواقعية لطفل عليل، نسميه هنا الطفل الصبي دو (baby boy Doe). تتطور طبيعة المشكلات الأخلاقية وتظهر أنواع جديدة ولكن الإطار والإجراء المطروحان هنا يستمران في مساعدة وعون المديرين.

يحدد الفصل الأول ويناقش الفلسفات الأخلاقية والمبادئ المشتقة منها، وهي الخلفية اللازمة لتحليل وحل المشكلات الأخلاقية الإدارية والبيوطبية. إن فهم الفلسفات والمبادئ المشتقة منها -التي تتممها أخلاقيات الفضيلة- أساسي وجذري للمديرين الذين هم في طور تطوير ومراجعة أخلاقيات شخصية، نابضة بالحياة والنشاط.

إن نظرية حل المشكلات الشمولية واستخدام أساليبها هي جزء من علم وتعلم الإدارة، فالمنهجية التي نفصلها في الفصل الثاني، تعتمد على تلك المهارة الشمولية وتمكن المديرين من تحديد وتحليل وحل المشكلات الأخلاقية بيسر وسهولة. على المديرين قراءة نقاش الفلسفات الأخلاقية والمبادئ المشتقة منها كما تكملها أخلاقيات الفضيلة، ضمن سياق تجربتهم الشخصية وتعلمهم لحل المشكلات، بالإضافة إلى أخلاقياتهم الشخصية.

لا يمكن أن يكون حل المشكلات الأخلاقيات الإدارية حصراً على المديرين، ولا يمكن أن يكون حل المشكلات الأخلاقية البيوطبية حصراً على الإكلينيكيين. إن الوفاء بالضروريات الأخلاقية للمنظمة أمرٌ أساسي ويرتبط بطرق شائكة معقدة بالتحقيق الناجح من قبل المنظمة لرسالتها وأهدافها. فالمديرين الذين يعملون كخبراء تكنوقراطيين فقط يتجاهلون دورهم كممثلين وأوصياء للأخلاق. وتتطلب الوصاية الأخلاقية أن يكون كلٌ منا مسؤولاً أخلاقياً عن الإهمال وسوء استخدام السلطة وارتكاب المحظورات، وعلى المديرين أن يشاركوا بالكامل في حل جميع أنواع المشكلات الأخلاقية، فهذا الواجب أهم من أن يترك للآخرين.

الفصل الأول

تأملات في المبادئ والفلسفة الأخلاقية

ماهي مصادر إرشادنا في صنع القرار الأخلاقي؟ وكيف تعيننا في تحديد القرارات الصائبة أخلاقياً والعمل بها؟ واجه الفلاسفة ورجال الفكر وعلماء الدين وآخرون تلك التساؤلات وتصارعوا معها. إذ يعود أوضح تاريخ للأخلاقيات في الطب الغربي إلى قدماء الإغريق. وخلال القرن العشرين ومع بدء القرن الحادي والعشرين سعى المديرون والمرضون رسمياً إلى إيضاح وتوطيد المعايير الأخلاقية وأحياناً فرضها. وتدمج ضوابطهم ونشاطاتهم الفلسفات حول العلاقات الأخلاقية بين مقدمي الرعاية الصحية أنفسهم وبينهم وبين المرضى والمجتمع. إذ بالنسبة للمديرين، تضيف العلاقة الملائمة بينهم والمنظمة التي توظفهم بعداً إضافياً لضوابطهم.

نقطة الانطلاق الطبيعية لمناقشة الأخلاقيات ولفهم وإدراك كيفية حل المشكلات الأخلاقية هي مراجعة الفلسفات الأخلاقية التي كان لها تأثير كبير على مسار الفكر والقيم في أوروبا الغربية، من أبرز تلك الفلسفات ما يعرف بالغائية المنفعية (utilitarian teleology) (دراسة مسببات وجذور المنفعة)، علم (الواجبات والالتزامات الكانتي) (Kantian deontology)، والقانون الطبيعي حسب صياغة القديس توماس آكيناس (St. Thomas Aquinas)، وأعمال ومؤلفات الفيلسوف الأمريكي في القرن العشرين جون رولز (John Rawls). وشهد الجزء الأخير من القرن العشرين اهتماماً متجدداً في دراسة السلوك الوجداني والضمير (السفسطة) (casuistry) وأخلاقيات الفضيلة. إن تأكيد أخلاقيات الفضيلة على الفرد يضع لها أهمية كبرى في إرشاد سلوكيات ونشاطات المديرين، إضافةً إلى ذلك، سيتم تناول أخلاقيات الرعاية بإيجاز.

توفر المبادئ المشتقة من تلك الفلسفات الأخلاقية لمنظمات الخدمات الصحية الإطار أو الخلفية الأخلاقية لتقديم الخدمات الصحية. تعين تلك المبادئ المديرين (ومقدمي رعاية الخدمات الصحية) في شحذ الأخلاقيات الشخصية، والمبادئ الفعالة المشتقة هي احترام الأشخاص والإحسان (beneficence) وعدم الإضرار (nonmaleficence) والعدل (justice). تكفي أخلاقيات الفضيلة بمفردها كفلسفة أخلاقية، كما أنها تساعد أيضا في تكميل المبادئ حين تفتقر إلى الصرامة في تحليل أو حل المشكلات الأخلاقية.

الحالـــة التاليـــة عن الطفل الصبـــي "دو" هي حقيقية، وقوانـــين الولايات المحلية والقوانين الفدرالية تحول دون حدوثها الآن، إن بساطتها وحدتها تجعلان منها نموذجاً مفيداً لمقارنة وتطبيق الفلســـفات الأخلاقية والمبادئ المشـــتقة التي نناقشـــها في هذا الفصل.

الطفل الصبي دو:

شُـــخص في عام (١٩٧٠م) طفل ذكر وُلد في أحد أهم المراكز الطبية على الساحل الشـــرقي لأمريكا بتخلف عقلي ورتق خلقي إثنى عشـــري (duodenal atresia) (عدم وجود الفتحة الموصلة بين المعدة والأمعاء). وقرر الجراحون أنه رغم صغر حجم الطفل بالإمـــكان إصلاح الرتق جراحياً وأن احتمال نجـــاح العملية مرتفع، ولم تكن الجراحة لتغير تخلف الطفل العقلي ولكنها كانت ستمكنه من تناول الغذاء عن طريق الفم.

قـــرر والدا الطفل الامتناع عن إجراء الجراحة، وذلـــك القرار مخول لهما قانونياً. وعلى مدى الأســـبوعين التاليين تُـــرك الطفل ليقضى من الجفـــاف والجوع، ولم يتم تحديـــد درجة التخلف العقلي لديه، ولم يكن ذلك ممكناً عند موت الطفل، ولم يســـعَ موظفو المستشفى أو إدارة الخدمات الأسرية والاجتماعية في الولاية لمساعدته.

تبعث تلك الحالة القشـــعريرة عند معظم الناس، إلا إن الأحاســـيس والمشاعر غير كافيـــة هنـــا. لكي يكون المديـــرون فعالين في تنـــاول وحل مثل تلك المشـــكلات - بل تفاديهـــا - عليهم أن يحددوا ويدركـــوا القضايا المتعلقة بها، وأن يعلموا أدوار الموظفين والمنظمات وأن يطبقوا دلائل صنع القرار الأخلاقي. وبعد مناقشة الفلسفات والمبادئ الأخلاقية، نقوم بتحليل حالة الطفل الصبي دو.

الفلسفات الأخلاقية:

النفعية (Utilitarianism):

النفعيـــون هم نتائجيون (consequentialists) (الفلســـفة التي ترى أن أي نشـــاط صائب أخلاقياً لا بد أن تكون نتائجه جيدة)، فهم يقيّمون النشـــاط من حيث تأثيره لا من خـــلال معطياته وصفاته الذاتية، من التوجهـــات المرادفة للنفعيين هناك الغائيون (teleologists) (وهـــي مـــن اليونانية تيلـــوس التي تعني الغاية أو الهـــدف)، وللنفعية ارتباطات تاريخيـــة بمذهب المتعة (hedonism) أو الأبيقورية (Epicureanism) الذي

قاس الأخلاقية بقدر المتعة المجنية من الفعل، أو من نظام أو قاعدة توجه الفعل، أي إن المتعة الأكبر توازي أخلاقيات أعظم. قام فيلسوفان إنجليزيان هما (جيريمي بينتام) و(جون ستيوارت ميل) (Jeremy Bentham & John Stuart Mill) بتطوير وتحسين تلك النظرية في القرن التاسع عشر، وكان تفصيل (ميل) للنفعية أكمل وأتم، بخلاف (بنتام)، فقد سعى (ميل) إلى تبويب المُتع (الخير) على أساس نوعي، فطرحت أسئلة عن تفوق متع معينة -مثل الاستماع إلى مقطوعة موسيقية على البيانو- من شخص ذي حس مرهف وتجربة واسعة، رغم أن الاحتياج لمثل تلك الآراء قلّص موضوعية النفعية، وقد أكد (ميل) على الحرية الشخصية، فقد أشار في كتابة "حول الحرية" (On Liberty) إلى أن الحرية مطلب أساسي لإنتاج السعادة وأن هذا يجعل انتهاك حقوق أي مجموعة أو فرد بأي طريقة غير مقبول.

يتجاهل النفعيون -عند تحديد الخيار الصائب أخلاقياً- الوسيلة في تحقيق الغاية، ويحكمون على نتائج فعل ما بمقارنة الخير الناتج من هذا الفعل بالخير الناتج من البدائل، أو مبلغ الشر الذي أمكن تجنبه. نظرية النفعية المعدلة (modified utility theory) هي أساس تحليل منفعة التكلفة (cost-benefit). التي ينتشر استخدامها بين الاقتصاديين والمديرين. «أكبر قدر من الخير لأكبر عدد من الناس» و «النتيجة تبرر الوسيلة» من العبارات المنسوبة للنفعيين، إلا إن هذه العبارات ما هي إلا مقاييس بسيطة تطبق بشكل غير مناسب بلا شرط أو قيد.

تنقسم النفعية إلى نفعية العمل (act utility) ونفعية القواعد (rule utility). وكلاهما يقيسان النتائج والتبعات، ويعد العمل الذي يصنع أكبر قدر من الخير (كما يفهم من منطلق خارج نطاق الأخلاقية) الخيار الصائب أخلاقياً.

يقيم نفعيو العمل (act utilitarians) كل عمل ويحكمون عليه باستقلالية وانفراد، دون الرجوع إلى دلائل (قواعد) محددة مسبقاً. فيقيسون مقدار الخير، أو القيمة التي صنعت (خارج إطار الأخلاقية)، ومقدار الشر، أو الامتهان (disvalue) الذي تم تجنبه (خارج إطار الأخلاقية) باتخاذ خيار معين. يحسب كل شخص تأثر بالتساوي، مما يوحي بتخصيص قدر قوي من الموضوعية لهذه الفلسفة الأخلاقية، ولأن نفعية الفعل عرضية ومتقلبة، فهي تتضارب وتتعارض مع تطوير واستنتاج المبادئ الأخلاقية اللازمة لتطوير وبناء الأخلاقيات الشخصية أو الفلسفات المنظمية وضوابط الأخلاقيات، وبالتالي نتوقف عن البحث فيها ونكتفي بهذا الحد.

يُعنى نفعيو القواعد أيضاً بالنتائج والتبعات فقط، إلا أنهم تأملوا وقدروا -مستقبلياً- أفعالاً مختلفةً ومقدار الخير أو الشــر الذي يصنعه كل منها، تستخدم تلك التقديرات لتطوير قواعد (دلائل) للأعمال، لأنه تم تقرير -وبصفة عامة- أن بعض القواعد تنتج أكبر قدر من الخير وتؤدي إلى أقل مقدار من الشر أو «اللاخير». ولذلك، تحدد تلك القواعد الخيار الصائــب أخلاقياً. تتبع القواعد لجميع الأوضاع المماثلة، حتى لو لم تحقــق أفضــل النتائج. فالقاعدة توجه انتقاء الخيار الصائــب أخلاقياً. تعين نفعية القواعــد فــي تطوير المبادئ الأخلاقية لإدارة الخدمات الصحيــة. إلا إنه وفق توجه الفيلســوف (ميــل) (Mill) لا بد من تأكيد أن الخلفية الأساســية والمتطلب الأول هو تعظيم حرية الجميع.

علم الواجبات والالتزامات (الواجبية) (Deontology):

يتمسك علم الواجبات بفلســفة أخلاقية شكلية، كان الفيلسوف الألماني (إمانويل كانت) (Immanuel Kant) من القرن الثامن عشــر من أشــد أنصار الواجبية، وكان مبــدؤه الأساســي أن العلاقات مع آخرين يجب أن تبنى على أســاس الواجب. ويعد العمل أخلاقياً إذا نشــأ فقط عن حســن النية، لا من دوافع أخــرى. من وجهة نظر (كانت) حســن النية هو ما هو خير بدون شروط أو قيود. على النقيض من النفعيين، يرى الواجبيون ألا أهمية للغايات، لأنه وفق منظور (كانت) فللأشــخاص واجبات تجاه أحدهــم الآخر بصفة كل واحد منهم وصياً أخلاقياً، ولتلك الواجبات أولوية قبل نتائج وتبعات الأفعال. ويرى أتباع فلســفة (كانت) أن بعض الواجبات المطلقة يعمل بها على الدوام. من أهم تلك الواجبات، الاحترام، أو القاعدة الذهبية "عامل الناس كما تحب أن يعاملــوك" وجــادل (كانت) أن هــذا الواجب على جميع النــاس، ولا بد من تقديم الاحترام للآخرين دائماً.

ويجــب أولاً اختبار الأفعال التي تؤدى في ظل هــذا الواجب، بطريقة خاصة وهو اختبار أطلق عليه (كانــت) مصطلح "الضرورة المطلقة" (categorical imperative). وتســتدعي الضرورة المطلقة أن تكون الأعمال قيــد الفحص إجماليةً عمومية، أي إذا عُدّ مبدأ عمل ما مناسباً يجب تحديد ما إذا كان بالإمكان تطبيقه بتجانس وثبات على جميع الأشخاص في جميع الأماكن والأزمان. فلا يوجد استثناءات ولا يمكن أن يكون هناك اعتباراتٌ للظروف الخاصة. إذا كان العمل قيد الاعتبار يجتاز فحص العمومية والشمولية (universality) يقبل كونه واجباً. يفشل العمل في هذا الاختبار إذا ناقض

المبدأ الأساسي وهو وجوب معاملة جميع الأشخاص على أنهم متساوون أخلاقياً، ولذلك يستحقون جميعاً الاحترام. قول الصدق، مثال بارز على واجب يستوفي الضرورة المطلقة، لأن الضرورة المطلقة تختبر نتائج (غايات) الأعمال، فيجب اعتبار واجبية (كانت) غائية (teleological) (أي تعتمد على الغايات والنتائج النهائية.

يرى الواجبيون من أتباع (كانت) أن مجادلة وجوب معاونة المريض الميئوس من شفائه، على الموت أمرٌ غير مترابط منطقيا، بل متنافر مع المنطق، لأن ذلك يعادل الاستنتاج المتنافر أنه بالإمكان تحسين الحياة بإنهائها. وبالمثل، لا ينبغي لمقدمي الرعاية الكذب على المرضى لتحسين كفاءة تقديم الرعاية الصحية، إذ تفشل مثل تلك السياسة في اختبار الضرورة المطلقة لأنها تعامل المرضى كوسائل لغاية، وتلك الغاية هي الكفاءة، عوضاً عن معاملتهم كمتساوين أخلاقياً. القاعدة الذهبية هي أفضل تلخيص لفلسفة (كانت)، إذ باجتيازها لاختبار الضرورة المطلقة، لا تأخذ واجبية (كانت) في الاعتبار النتائج أو التبعات، ولا يعني هذا أنه على المديرين تجاهل التبعات، بل إن تبعات عمل ما لا تتضمن ولا تحسب في صنع القرار الأخلاقي باستخدام واجبية (كانت).

القانون الطبيعي:

عرّف (ميل) (Mill) العمل الصائب أخلاقياً بالسعادة أو القيمة اللا أخلاقية الناتجة. فيما رفض (كانت) جميع النظريات الأخلاقية المبنية على الرغبة أو الميول. بخلاف (ميل) و(كانت) يؤكد منظرو القانون الطبيعي أن الأخلاقيات يجب أن تكون على أساس الاهتمام بالخير الإنساني. كما يؤكدون أيضا أنه لا يمكن تحديد الخير وتعريفه فقط من حيث الميول غير الموضوعية. بل هناك خير للبشر مرغوب فيه وجذاب بموضوعية، رغم أنه لا يمكن اختزاله في الرغبة[١]. يؤمن القانون الطبيعي بأن القانون الإلهي نص على حتميات معينة في جميع الأمور، وهو ما يشكل الخير في تلك الأمور. من هذا المنطلق فالنظرية غائية لأنها تعنى بالغايات. يرتكز القانون الطبيعي على فكر الفيلسوف اليوناني أرسطو (Aristotle) حسب تفسير وتجميع القديس توماس آكيناس[٢] (St. Thomas Aquinas 1225 - 1274) وفق العقيدة المسيحية.

ترتكز حتميات البشر على سمة بشرية فريدة ألا وهي القدرة على التفكير. يضع القانون الطبيعي «أساس الأخلاقيات» فرضية أن البشر سيفعلون ما هو عقلاني، وأن تلك العقلانية ستدفعهم إلى الميل لفعل الخير واجتناب الشر. ويفترض القانون الطبيعي وجود نظام طبيعي لدى الأشخاص العقلانيين في العلاقات والاستعدادات لفعل بعض

الأمــور أو الامتنــاع عن فعلها. تمكننا قدرتنا على التفكير العقلاني من اكتشــاف ما يجب علينا فعله. ويقودنا في ذلك المســعى عقيدة منحازة بطبيعة الحال لخطة الرب الإلهيــة، ترتبط بقدرتنا على الفكر العقلانــي. ولأن القانون الطبيعي يقود ويهدي ما يفعله البشر العقلانيون، يصبح بمثابة الأساس للقانون الإيجابي (positive law) ينعكس بعض ذلك الفعل في الأنظمة التشــريعية. يقودنا ميلنا الطبيعي للحفاظ على حياتنا ولفعل أمور عقلانية مثل تفادي المخاطر، وأن نعمل على الدفاع عن أنفسنا، وأن ننشد الرعايــة الطبية عند الحاجة. تبين لنا قدرتنا على التفكير أن البشــر الآخرين مثلنا وبالتالي يســتحقون نفس الاحترام والكرامة التي ننشدها نحن. والعبارة التلخيصية لمبادئ القانون الطبيعي الأساسية هي "افعل الخير واجتنب الشر". طور اللاهوتيون (theologians) -باســتخدام القانون الطبيعي- دلائل أخلاقية عن الخدمات الطبية، نتناولها في الفصلين العاشر والحادي عشر.

نظرية رولز (Rawls>s Theory):

توفي فيلسوف الأخلاقيات الأمريكي المعاصر (جون رولز) في عام (٢٠٠٢م)، وقــد ابتدع نظرية هجينــة للأخلاقيات، لهــا تطبيقات فــي تقديم وتحصيص الخدمــات الصحية. عرضت نظريات (رولز) فــي مؤلفه الإبداعي المهم «نظرية العدل» (A Theory of Justice) الذي نشــر في عام (١٩٧١م)، وهي بطبيعتها تنتمي إلــى الفكر الاقتصادي المعني بإعادة توزيع الثــروات (redistributive)، ويؤدي المفهوم الفلسفي الذي استخدمه إلى المساواتية (egalitarianism) في الخدمات الصحية، إلا في بعض الحالات الاستثنائية.

تســتخدم نظرية (رولز) مفهوماً فلســفياً مفصلاً بدقة، يكون فيه الأشــخاص في "الموقع الأصلي" خلف ســتار من الجهل.، وهؤلاء الأشخاص عقلانيون ويحرصون على مصلحتهم الشــخصية ولكنهم لا يعلمون شــيئا عن مواهبهم الشخصية، أو ذكائهم، أو أوضاعهم الاجتماعية والاقتصادية، وما شــابه. ويشــير رولز ويؤكد أن الأشخاص في الموقع الأصلي خلف ستار الجهل سيتمكنون من تحديد مبادئ معينة من العدالة. أولاً: أنه يجب أن تكون لجميع الأشــخاص حقوق متساوية لأوسع الحريات الجوهرية، تتسق وتتماشــى مع حرية مماثلة للآخرين (مبدأ الحريــة) (the liberty principle). ثانياً: أنه يجب ترتيب التباين والتفاوت في المســاواة الاجتماعيــة والاقتصادية بحيث يمكن

توقــع حدوثه لمصلحة الجميع وأن يرتبط كذلك بمراكــز ومكاتب متاحة للجميع (مبدأ الاختلاف)[٢] (the difference principle). حســب نظرية رولز، إن مبدأ الحرية الذي ينظــم الحقوق السياســية أكبر أهميةً مــن مبدأ الاختلاف الذي ينظم الســلع الأولية (الحقوق التوزيعية) (distributive rights) بما فيها الخدمات الصحية، ويتفوق عليه.

جــادل رولز فــي العقلانية الافتراضية وأن الأشــخاص الحريصون على مصلحتهم الشخصية في الموقع الأصلي سوف يرفضون النفعية، ويختارون مفاهيم الحق والعدالة، علــى أنها ســابقة للخيــر وجالبة له. واســتنتج أن الحرص العقلانــي على المصلحة الشخصية يفرض أن يعمل الشخص على حماية الأشخاص الأسوأ حالاً لأنه (من منظور ستار الجهل) يمكن لأي شخص أن يكون ضمن تلك المجموعة، وأطلق على ذلك "تعظيم الموقف الأدنى" (ماكسيمين) (maximizing the minimum position- maximin).

عنــد تطبيق نظرية رولز الأخلاقية على الســلع الأولية، ومنها الخدمات الصحية، يتطلب ذلك المساواتية (egalitarianism). وتم تعريف المساواتية لتعني أن الأشخاص العقلانيــون الحريصــون على مصلحتهم الخاصة قد يحدون مــن الخدمات الصحية المتاحة لأشــخاص فــي فئات معينة، مثل من يعانون من مــرض محدد، أو فئة عمرية معينــة، أو الحــد من الخدمات المقدمة في حالات وأوضــاع معينة. كما يعد عقلانياً -وحرصاً على المصلحة الشــخصية للأشخاص في الموقع الأصلي- عدم إتاحة جميع السلع والخدمات لجميع الناس في كل الأوقات.

تجيز نظرية رولز توزيع الســلع الأولية غير المتكافئ لبعض المجموعات، ولكن فقط عندمــا ينفع ذلك أكثر الناس حرمانــاً. هذا هو جزء من مبدأ الاختلاف ويبرر منزلة الرفعة الاجتماعية والاقتصادية لأشــخاص كالأطبــاء ومديري الخدمات الصحية إذا كانت جهودهم تنفع في المحصلة النهائية (أكثر أفراد المجتمع حرماناً).

السفسطة وأخلاقيات الرعاية (casuistry):

لا يعد الكثير من التعريفات التاريخية للسفســطة إطرائياً، فتشمل تلك التعريفات أنها فلسفة أخلاقية تســتخدم المغالطات (sophistry) وتدعم تسويغاً لنتائج أخلاقية مبتغاة ومرغوب فيها، وتستخدم مجادلات واستنتاجات متملصة وهي مراوغة وموارية، ورغــم تلك التعريفات غير الإطرائية، وانقطاع طــال قروناً من الزمان، إلا أن مؤيدي السفسطة يرونها أســلوباً عملياً لفهم وحل مشكلات الأخلاقيات البيوطبية الحديثة. وبالإمكان تعريف السفســطة على أنها نوع من الاستنتاج والتفكير المبني على الحالات

(case-based) ضمن سياق تاريخي. من إيجابياتها أنها تجتنب الاعتماد المفرط على المبادئ والقواعد، التي يرى البعض انها توفر إجابات جزئية فقط وتفشل غالباً في تحقيق وتوفير توجيه شامل وهذي جامع لصناع القرار. من الجهود الهامة التي بذلت لرد الاعتبار للسفسطة وإحيائها ما قام به (جونسن وتولمين) [٤] (Jonsen and Toulmin) إذ جادلا في أن:

السفسطة تصلح وتصحح التشديد المفرط الذي فرضه فلاسفة الأخلاقيات على القواعد الشمولية والمبادئ المتواصلة الثابتة... عوضاً عن ذلك التشدد، علينا أن نأخذ على محمل الجد بعض سمات الحوار الأخلاقي الذي لم يقدره فلاسفة الأخلاق المعاصرين حق قدره، أي تلك الظروف الواقعية المترابطة للحالات الواقعية، والحكم المحددة التي يستحضرها الناس في مجابهة المعضلات الأخلاقية الواقعية. لو بدأنا بالنظر في التشابهات والاختلافات بين أنواع معينة من الحالات على المستوى العملي لاستطعنا أن نفسح مجالاً لأسلوب بديل للنظرية الأخلاقية المنسجمة تماماً والثابتة مع ممارساتنا الأخلاقية.

تشبه السفسطة في أساساتها القانون، الذي ترشد فيه الدعاوى القضائية والسابقات التي تؤسسها تلك القضايا وتهدي صناع القرار. فقد صرح (بوشام ووالترز)[٥] (Beauchamp and Walters) بما يلي:

تصبح -في القانون القضائي- الأحكام المعيارية التي يطلقها غالبية القضاة تحكمية موثوقة، وهي الأحكام المعيارية الأولية لمن يأتي بعدهم من القضاة الذين يفصلون في القضايا الأخرى. إن الحالات في قضايا الأخلاقيات متشابهة، أي أن الأحكام المعيارية تبرز من خلال إجماع الأغلبية في المجتمع وفي المؤسسات على أنه بذل قدر كبير من الحرص لتفاصيل قضايا ومرافعات مشكلة محددة. يصبح ذلك الإجماع بعدئذ تحكمياً وموثوقاً ثم يتسع ليشمل القضايا التي تتشابه قرائنها.

وفي واقع الأمر، يتم هذا الإجراء عندما تقوم لجان الأخلاقيات على سبيل المثال بتطوير هيئات ذات خبرة في قضايا الأخلاقيات لأنواع مختلفة، يلجأ تفكيرهم وتحليلهم إلى استخدام النماذج والصيغ والمحاكاة والمشاكلة.

يركز الطب الإكلينيكي بطبيعة ممارسته على الحالات، ويتزايد استخدام الحالات في تعليم الإدارة أيضا. جعل هذا التطور استخدام أسلوب الحالات أمراً طبيعياً في الخدمات الصحية. كان حل المشكلات الأخلاقية في الخدمات الصحية تقليدياً

يطبــق المبادئ الأخلاقية على الحالات، أي الانتقال من العام والشــمولي إلى المحدد، أو التحليل الاســتدلالي (deductive reasoning). إلا أن السفســطائيين التقليديين (الصوفيين) اســتخدموا التحليل الاســتقرائي، أي الانتقال من المحدد إلى العمومي. فيبــدؤون باســتعراض حالة نموذج تحمل حكمــةً أو حقيقةً هامة (مثــل لا تقتل) ثم يبرزونهــا في أوضح ما يمكن لاتصالها بظروف معينة (مثل وقوع اعتداء شــرس على شخص مستضعف لا حول له ولا قوة). ثم تضيف الحالات التالية ظروفاً يصعب فيها فهم ارتبــاط الحكمة أو الحقيقة (مثل لو أمكن الدفاع فهل يعد أخلاقياً؟) ثم يتأرجح السفسطائيون التقليديون من وضع الواجبية (deontology) إلى الغائية (teleology) ثم يعودون إلى الواجبية حسبما يلائم القضية، ولا يلتزمون بنظرية أخلاقية واضحة[٦]. وأشــار جونسن[٧] أنه بإمكان السفسطائيين المعاصرين أن يحذوا حذو التقليديين منهم ويكســبوا من الاعتماد على حالات النموذج والإسناد على الإجماع العام وتقبل اليقين المحتمــل (probable certitude) (وهــو مــا عرف بأنه موافقة افتــراض ما ولكن مع التســليم بأن عكســه قد يكون صحيحاً أيضا). حققت السفسطة مقاماً مرموقاً في أخلاقيــات الإدارة التطبيقيــة والأخلاقيــات البيوطبية. إن العــدد المتزايد للحالات ومجموعة الخبرات والتجارب ستؤدي إلى الإجماع، وإلى يقين أعظم في تحديد القرار الصائب أخلاقياً.

أخلاقيات الرعاية:

يعتمد الطب على الرعاية، التي تنعكس أهميتها تاريخياً في الأخلاقيات البيوطبية المعاصرة. تركز الرعاية على العلاقات، وهذا يعني في الممارسة الإكلينيكية، العلاقات بــين مقدمــي الرعاية والمرضى. كما تعتمــد الإدارة الفعالة أيضــاً على العلاقة بين المديرين والموظفين ومن خلالهم مع المرضى. قد تصبح أخلاقيات الرعاية مع تطورها أكثــر ملائمــةً للتطبيــق علــى الإدارة، إلا أن تطبيقها ما زال حتــى الآن حصراً على العلاقات الإكلينيكية.

يرجع الاهتمام بأخلاقيات الرعاية، الذي بدأ في الثمانينات من القرن الماضي إلى حركة المساواة بين الجنسين[٨]، يشير مؤيدوها إلى أن العلاقات الشخصية المختلفة بين النــاس والالتزامات والفضيلة المرتبطة بتلك العلاقات تفتقر إلى ثلاث من الســمات الرئيســية للعلاقات بين أوصياء وممثلي الأخلاقيات كما يدركها أتباع (كانت) وأنصار مفهوم «العقد الاجتماعي» (contractarians) من أمثال (رولز) وهي أنها حميمة، وأنها

ليست منتقاة، وتقع بين أطراف غير متساوية[٩]. ولذلك تشدد أخلاقيات الرعاية على اتصال العلاقات عوضاً عن انعزال القواعد والواجبات.

يتضح وجود رابط بأخلاقيات الفضيلة في أن أخلاقيات الرعاية تركز على صفات وشـيم مثل الرحمة (compassion) والوفاء(fidelity) التي تتوج العلاقات الشخصية الحميمة. وقد أشـير إلى أن أسـاس أخلاقيات الرعاية تنبع من العلاقة النموذجية بـين الأم وطفلها. ويعتقد أن هذا النموذج يميزها عن التجربة الذكورية البحتة، التي غالباً ما تسـتخدم التبادل الاقتصادي بين المشـتري والبائع بمثابة العلاقة الإنسانية النموذجية والتي يعتقد أنها تميز النظرية الأخلاقية عامة[١٠].

أشـارت كارول جيليجان[١١] (Carol Gilligan) أحد كبار أنصار أخلاقيات الرعاية إلـى أنه عكس النظريات الأخلاقية التقليدية، تتأصل أخلاقيات الرعاية في فرضية: أن تتوقـف الـذات على الآخر وتتضامـن معه، افتراض ينعكس فـي تصور أن الفعل حسـاس متجاوب وبالتالي أنه يحدث في العلاقات، بدلاً من رؤية أن الفعل ينبثق من صميم الذات، وبالتالي فهو ذاتي السيطرة والتحكم. إذا نظرنا إلى أن الذات حساسة متجاوبة، تكون بالضرورة مرتبطة ومتصلة بالآخرين، تسـتجيب للانطباعات وتفسـر الأحداث يحكمها الميول التنظيمية في التواصل والتفاعل الإنسـاني واللغة البشـرية. يصبـح الانفصـال والانعزال ضمن هذا الإطار –سـواءً عن الـذات أو عن الآخرين– إشكالياً، حيث إنه ينتج العمى أو الشلل الأخلاقي أو اللامبالاة، وهو الفشل في تمييز الاحتياج أو الاستجابة له يلفت التساؤل – عن الاستجابات التي تعد رعايةً وتلك التي تسـبب الأذى – الانتباه إلى حقيقة أن اعتبارات وظـروف المرء تختلف عن الآخرين. تُفهم العدالة في هذا السـياق علـى أنها احترام الناس ضمـن اعتباراتهم وظروفهم أنفسهم.

ومثل أخلاقيات الفضيلة والاهتمام المتجدد بالسفسطة، فإن أخلاقيات الرعاية هي ردة فعـل لقواعد النظريات التقليدية وبناء النظم فيها. ويرى أنصارها أن أخلاقيات الرعاية تعكس بواقعية وعن كثب التجارب الفعلية في الطب الإكلينيكي وتجارب مقدمي الرعاية، الذين يُفترض ويُتوقع أن يستجيبوا بالدفء والرحمة والتعاطف (sympathy) والألفـة (friendliness)، والتي لا يلائم أي منها –جيـداً– نظام القواعد والواجبات. "يتم تناول المشكلات الأخلاقية في سـياق يتصف بالعلاقات الأسرية والعلاقات بين الأشخاص مجتمعاً مع التركيز على الطيبة وفهم وإدراك تأملي للرعاية"[١٢]

أخلاقيات الفضيلة:

يرجع تاريخ الفكر الغربي حول أهمية الفضيلة إلى أفلاطون (Plato)، وبخاصة إلى تلميذه أرسطو[١٣] Aristotle). ترتكز أخلاقيات الفضيلة، مثل القانون الطبيعي، على أخلاقيات لاهوتيه ولكنها لا تركز بشكل أساسي على الالتزامات أو الواجبات.

"الفضيلة" هي " وضع الشيء الذي تمثل امتيازه الاستثنائي وتمكنه من أداء وظيفته على أكمل وجه" وهي كذلك "في الإنسان، نشاط المنطق والعادات المنظمة بعقلانية""[١٤]. لا تفرض أخلاقيات الفضيلة أية قواعد أو قوانين للسلوك. «ولكن عوضاً عن ذلك، يمكن فهم أسلوب أخلاقيات الفضيلة على أنه دعوة للبحث عن معايير وليس قواعد صارمة تقود وترشد ممارسة حياتنا الفردية»[١٥]. كما هو الحال في السفسطة، تمر أخلاقيات الفضيلة باهتمام متزايد، أكدت كتابات مثل «ما بعد الفضيلة» لماكينتاير (MacIntyre,s «After Virtue») والفضائل والرذائل للكاتب (فوت[١٦]) (Foot,s «Virtues and Vices») أهمية أخلاقيات الفضيلة كفلسفة أخلاقية للقرن العشرين.

نتج بعض ذلك الاهتمام من انطباع أن الفلسفة الأخلاقية التقليدية المبنية على القواعد أو المبادئ تتعامل مع واقع صنع القرار الأخلاقي بشكل منقوص، أي أن القواعد (كما هي مشتقة من المبادئ الأخلاقية) لا تؤدي إلى حل المشكلات الأخلاقية تماماً، عند وجود قواعد أو مواقف أخلاقية متنافسة لا تنطبق عليها القواعد نكون بحاجة إلى أكثر من محض الصدفة، لاختيار البدائل. هنا يبرز تفوق فلسفة أخلاقيات الفضيلة. يوفر منفعيو القواعد - فلسفة (كانت) الأخلاقية - المبادئ لإرشاد الأعمال وبالتالي تمكن المرء من أن يقرر ما يفعله في موقف معين. على النقيض من ذلك، تركز أخلاقيات الفضيلة على ما الذي يجعل الشخص خيِّراً عِوَضاً عما الذي يجعل العمل خيراً[١٧]. يتمكن الأشخاص الأفاضل من إدراك ما يجب تجنبه وما الذي يجب اعتناقه[١٨]. ينبثق الفعل من جوهر الشخص ووجدانه لا تحركه أوترشده قواعد وتوقعات خارجية.

يشير المؤلفان المعاصران بيليجرينو وتوماسما[١٩] (Pellegringo and Thomasma) إلى أن لأخلاقيات الفضيلة ثلاثة مستويات، الأولان هما: ١) احترام قوانين البلاد و٢) احترام الحقوق الأخلاقية والوفاء بالواجبات الأخلاقية التي تتجاوز نطاق تلك القوانين، أما المستوى الثالث وأسماها فهو ممارسة الفضيلة.

تتضمن الفضيلة وتشير إلى سمة وخلق في الشخصية، وميل داخلي مألوف ومعتاد للسعي نحو الكمال الأخلاقي، وأن يعيش المرء حياته وفق قانون أخلاقي وأن يحقق توازناً بين النوايا النبيلة والأفعال العادلة... نجد في أي تصور - تقريباً - للشخص الفاضل شخصاً نوقن أنه اعتاد التصرف بطريقة خَيِّرَة، أي بشجاعة وبصدق وأمانة وبعدل وحكمة، وبانضباط وهوادة[٢٠].

وهكذا، يكون المديرون الأفاضل (أو الأطباء) ميالين بطبعهم إلى الحق والخير الذي هو من جوهر وصميم ممارسة مهنهم، وسوف يعملون من أجل خير ومصلحة المريض، وكما أشار بيليجرينو « تَسَع أخلاقيات الفضيلة أفكاراً ومفاهيم مثل النزعة إلى عمل الخير (benevolence) والإحسان (beneficence) والضمير (conscientiousness) والرحمة، والوفاء، أبعد بكثير مما يتطلبه محض الواجب[٢١].

ويرى بعض مفكري أخلاقيات الفضيلة أن الفضيلة تتطلب كما هو الحال مع أي مهارة أو خبرة أخرى، المران والسعي الدؤوب لتحقيق ونيل سمات الفضيلة (العمل الصالح) لتحسين قدرة المرء على أن يكون فاضلاً. ويرى مفكرون آخرون أن تقبل المرء في صميم مشاعره واحتضان المغفرة والتوفيق من الخالق عز وجل (الإيمان) يؤدي إلى توكيل المرء أمره إلى الله (الثقة) ورؤية وتطلع جديدين نحو جيرانه (المحبة)، تماماً كما قد يُعتقد أن الطبيب أو المريض قد أصبح شخصاً مختلفاً (إلى الأفضل) بعدما غير نظرته وانطباعه نحو الأشخاص الذين يتفاعل ويتعامل معهم[٢٢].

كما أشرنا سابقاً، الفضائل هي سمات وخلق الشخصية، وطبيعة مترسخة في صاحبها، ويفعل الأشخاص مكتملو الفضيلة ما يجب عمله بدون جهد أو جهاد مع رغبات مخالفة لفعلهم[٢٣]. إلا أن أغلبنا أقل من مكتملي الفضيلة، ونحن متعففون، أي نضطر إلى السيطرة على الرغبات أو الإغواء لفعل غير الفضيلة. ويمكن وصف الفضيلة بطريقة أخرى وهي أنها ميل للسيطرة على فئة معينة من المشاعر والعمل بالحق في مواقف وظروف معينة[٢٤].

حدد أفلاطون أربع فضائل أصلية فقط هي: الحكمة(Wisdom)، والشجاعة (Courage)، وضبط النفس (self-control)، والعدالة[٢٥](Justice). وتوسع أرسطو في تلك الفضائل الأربع بطرق لا تعنينا هنا. وحدد بوشام وتشايلدريس (Beauchamp and Childress) خمس "فضائل بؤرية" (focal virtues) وتلاءم ممتهني الصحة وهي: الرحمة والبصيرة (discernment)، والموثوقية (الجدارة بالثقة) (trustworthiness)،

والنزاهة (integrity)، والضمير[٢٦]. تشمل الفضائل الملائمة لمديري الخدمات الصحية تلك التي اختارها أفلاطون وبوشـام وتشـايلدريس، وأخرى عديـدة يمكن إضافتها، بمـا فيها الأمانـة (honesty)، وحفـظ المواعيـد (punctuality)، وضبـط النفس، والألفـة، والتعـاون، والتحمـل (fortitude) والاهتمام والمبـالاة (caring)، والصدق، والدماثـة(courteousness)، والتدبيـر (thrift)، والدقـة (veracity)، والصراحـة (candor)، والـولاء (loyalty). ويهـدف المديـر الفاضل إلى تحقيـق التوازن بين الإفـراط فـي الفضيلة وغيابها. فعلى سـبيل المثال، مع أن الشـجاعة فضيلة إلا أن الإفـراط فيهـا يعد تهـوراً(rashness) و يعد غيابها جبناً. مثـال آخر على ذلك هو الألفـة التي إذا زادت عن حدها أصبحت خضوعاً وخنوعاً (obsequiousness)، ويعد غيابها تجهماً(sullenness). ولا يقبل أي من قطبي التطرف في المدير الفاضل[٢٧]. من الوسـائل الناجعة لفهم الفضائل هو تحديد الرذائل أو عيوب الخُلق والشخصية التي يجب أن يجتنبها المدير، وتشـمل عدم المسـؤولية والضعف والعجز والكسل والرعونة (inconsiderate)، وعدم التعاون، وحدة الطبع (harsh) والتعصب، والخداع، والأنانية، وأن يكون من المرتزقة (mercenary)، أو طائشاً (indiscreet)، وأخرقاً (tactless)، أو متعجرفاً، أو غير متعاطف، أو بارداً (خال من الشـعور) غافلاً، غير جسـور، رعديداً (pusillanimous)، متخاذلاً، وقحاً، فظاً، منافقاً، منغمسـاً في أهوائه، مادياً، جشعاً، قليل التبصر، حقوداً، ماكراً (calculating)، جحوداً، حسـوداً، قاسياً (brutal)، فاجراً (profligate)، خائناً وهلم جرا[٢٨].

يجـب أن يعيش جميع النـاس حياةً فاضلة، ولكن على العامليـن في مهن الرعاية التزاماً خاصاً بذلك، أي أن المديرين والأطباء الأفاضل ليسـوا مجرد أناسـاً أفاضل يمارسـون مهنة، بل يتوقع منهم العمل على مصلحة المريض ولخيره حتى على حساب التضحيات الشـخصية والمصلحة الشـخصية المشـروعة[٢٩]. يضع الأطباء الأفاضل مصلحة مرضاهم فوق مصلحتهم الشـخصية ويسـعون إلى ذلـك الخير، إلا إذا كان ذلك السعي يفرض ظلماً عليهم وعلى أسرهم، أو ينتهك ضمائرهم ويثقلها[٣٠]. وهكذا، يعرض الأطباء الأفاضل أنفسهم لخطورة التعرض لعدوى مرض فتاك لمواساة ومداواة مرضاهـم، ويوفرون كماً كبيراً مـن العلاج المجاني حتى لو أثـر ذلك على أوضاعهم الاقتصادية. وبالمثل، يضع المديرون الأفاضل مصلحة وخير المريض (من خلال المنظمة) فوق مصالحهم الشخصية. وهذا يعني أنهم يتصدون لحماية المرضى من الأذى الناتج عن الرعاية غير المؤهلة حتى لو أدى ذلك إلى المغامرة باسـتمرارية توظيفهم، ويعملون

الســاعات اللازمة لضمان توفير الخدمــات المطلوبة، رغم عدم وجود التعويض المالي الملائم. يتطلب الوفاء بمســؤولية حماية المريض فضائل كالشجاعة والمثابرة والتحمل والرحمة.

قــد تتعارض الفضائل وتتضارب، فعلى ســبيل المثال، تتعــارض فضيلة الرحمة مع فضيلة الأمانة عندما يســأل المريض مقدم الرعاية « هل أنا على وشــك الموت؟» كما إن فضيلة الولاء للمنظمة الموظفة قد تتعارض مع فضيلة المعاملة العادلة للموظفين. يسبب مثل ذلك التضارب والتعارض معضلات أخلاقية يمكن حلها بطرح تساؤلات كهذه:

أي مسار من مســارات العمل أبعد من الفضيلة المتعلقة به؟ أي تلك الفضائل أكثر قربــاً واتصالاً بدور العلاقة الذي يؤديه الوصــي (الأوصياء) في حياة الآخرين الذين يرتبط بهم؟ أي تلك الأدوار أكثر أهميةً في حياة المريض الأخلاقي، أو الشخص الذي يؤثر فيه سلوك الوصي؟[٣١]

تمكن إجابات تلك الأســئلة صانع القرار من اختيار مســار للعمل لا يضر بجهوده نحو الفضيلة.

يتجــاوز مفهوم الفضيلة والفلســفة الأخلاقية المبنية عليها الفكر الفلســفي الغربي. تعــرف الأخلاقيات الهندوســية كما ورد في كتاب الهندوســية المقــدس «باغافاد غيتا» (Bhagavad Gita) الواجــب، ولكن الواجب يتواجد مع الفضيلة[٣٢]. تظهر الكونفوشــية اهتماماً بالفضائل، ولكن الفضائل لا توجد إلا ضمن سياق التقوى الإبنوية (filial piety) أو نمط من التلاحم والترابط بين الأشــخاص. يقلــل هذا التلاحم المدى الذي يمكن فيه تحليل الأفراد ووصفهم بكيانات مســتقلة، وبالتالي، لكي يكون الشــخص فاضلاً برؤية كونفوشيوس يجب أن يتحلى بالسمات التي تجعل تفسيرات السلوك المبنية على السمات غير كافية بمفردها[٣٣].

الخلاصة:

تمتد الفلسفات الأخلاقية التي تناولها هذا الجزء عبر نطاق واسع، ومن الأرجح أن يكون مديرو الخدمات الصحية انتقائيين في اختيار تلك التي تصبح جزءاً من فلســفة المنظمــة، وتلك التي تؤثــر في محتوى أخلاقياتهم الشــخصية، إضافة إلى مراجعتها وتطورهــا. والأهم من ذلك هو إدراك المديرين لضرورة الفهم الأساســي للفلســفات الأخلاقية وأهميته.

ربط النظرية بالعمل:

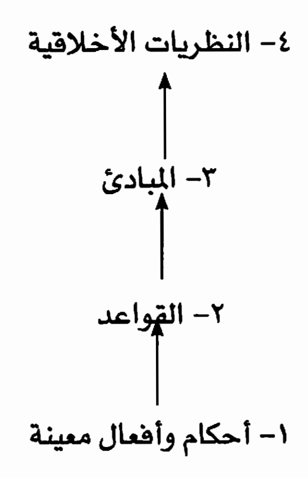
تنبثـق النظريات الأخلاقية من أفكار تجريدية تطلق عادةً بصورة عامة، وتؤسس المبادئ المطورة من تلك النظريات علاقةً وتشير إلى مسار العمل وتوجه الأداء. وبالإمكان اشتقاق القواعد من المبادئ، أي الأحكام والأفعال المحددة التي يجب تطبيقها نتيجةً لتلك المبادئ. طور بوشام وتشايلدريس الشكل (٣) لبيان العلاقة بين النظريات الأخلاقية (الفلسفات الأخلاقية) والأداء أو الأفعال التي تنفذ القرارات.

لا تتعارض النظريات الأخلاقية بالضرورة أوتتناقض، فقد تتوصل فلسفات مختلفة إلى نتيجة مشتركة، وإن يكن من خلال استنتاجات مختلفة ومفاهيم متنوعة أو بالتركيز على معايير متباعدة (مثل قاعدة الغاية التي يستخدمها النفعيون، مقابل استخدام أنصار «كانت» للواجب). تعد المبادئ التي نناقشها هنا يدعمها الفضائل المختلفة في غاية الأهمية ولابد أن تنعكس في فلسفة المنظمة وأخلاقيات مديري الخدمات الصحية.

يتيح ربط النظريات الأخلاقية والمبادئ المشتقة منها تطوير دلائل عملية، ولمساعدة هذا الإجراء ودعمه، يحدد هذا النقاش أربعة مبادئ توفر بيئة للإدارة في محيط الخدمات الصحية هي ١) احترام الأشخاص، و٢) الإحسان، و٣) عدم الإضرار، و٤) العدالة. تعد النفعية أحياناً مبدأً مستقلاً ولكن يشوب تلك المُركَّبة الفكرية (construct) الاصطناع وقد تصير مربكةً بعض الشيء، لذا نضيف النفعية هنا إلى مبدأ الإحسان.

احترام الأشخاص:

تدعم النظريات التي نناقشها في هذا الفصل استنتاج أن احترام الأشخاص هو مبدأ مهم من مبادئ الأخلاقيات، ولهذا المبدأ أربعة عناصر: أولاً الاستقلال، ويستلزم أن يتصرف الشخص نحو الآخرين بطريقة تمكنهم من الاستقلالية، أي أن يتمكنوا من اختيار وفعل ما يشاؤون، ولفعل ذلك يجب أن يكون الشخص عقلانياً وغير مجبر على أي أمر، وقد قد يكون المرضى أحياناً أو يصيرون غير مستقلين (مثل من يعانون من عجز بدني أو ذهني). ولكن هؤلاء أيضاً يجب احترامهم حتى لو احتاجوا إلى وسائل خاصة. إدراك استقلالية المريض هي سبب الحصول على تصريح الموافقة على تلقي العلاج، وهي الأساس العام لنظرة المنظمة وتعاملها مع المرضى والموظفين.



الشكل (٣): تراتب العلاقات (من بوشام وتشايلدريس «مبادئ الأخلاقيات البيوطبية ١٩٨٣» (الطبعة الثانية ص٥) نيويورك، مطابع جامعة أوكسفورد منقولة بإذن)

الاســتقلالية في صراع وتوتر ديناميكي مستمر مع الأبوية (الوصاية)، وهي مفهوم أن الشخص يعرف مصلحة الآخرين ويعيها أكثر منهم، وهي تقليد راسخ في الخدمات الصحية، ونجد أول البراهين عليه في القَسَم الأبُقْراطي، والمنشور في الملحق (ب)، ويحث الأطباء على العمل فيما يرون فيه مصلحة المريض. ولكن لا يلغي تأكيد الاســتقلالية والإصرار عليها مفهوم الأبوية (الوصاية)، ولكن يجب اســتخدامها في ظروف محدودة (مثلاً حينما لا يتمكن المرضى من التواصل ولا يوجد من ينوب عنهم).

عنصر احترام الأشــخاص الثاني هو قول الحق، الأمر الذي يلزم المديرين بالأمانة والصدق في جميع النشــاطات، وبحســب قطعية الموقف المتبنى، يحظر هذا العنصر جميع أنواع الكذب والكذبات البيضــاء والمبالغات والتهوين حتى مع الاعتقاد الواقعي أن الحقيقــة ســوف تؤذي. وقد تكون أخلاقية الإصرار علــى قول الحقيقة للمريض إشكاليةً أحياناً حسب الظروف، فقد يتعرض بعض المرضى لأذىً نفسي وبدني لو أُخبروا الحقيقة عن مرضهم، وبذلك لا يفي الأطباء بالتزامهم بالقَســم الأبوقراطي «أولاً، لا تسبب الأذى»، والتعبير الحديث لذلك المفهوم هو «عدم الإضرار» والذي نناقشه لاحقاً في هذا الفصل.

العنصر الثالث لاحترام الأشــخاص هو الخصوصيــة (confidentiality)، ويتطلب من المديرين والإكلينيكيين على حد ســواء الحفاظ على سرية وخصوصية ما يعرفونه

ويكتشفونه عن المرضى، وهناك استثناءات أخلاقية للخصوصية مثل حينما يلزم القانون بالتبليغ عن حالات وأمراض معينة، ويتجاوز شرط الخصوصية بالنسبة للمديرين معلوماتهم عن المرضى وينطبق على ما يصل إليهم من معلومات عن الموظفين والمنظمة والمجتمع، أثناء تأديتهم لمهام عملهم.

أما العنصر الرابع لاحترام الأشخاص فهو الإخلاص والأمانة أي أن يؤدي الشخص واجباته ويفي بوعوده، ونعامل الناس باحترام عندما نعمل ما يجب علينا عمله أو ما نعد به، ويمَكِّن الإخلاص المديرين ويعينهم على تحقيق مبدأ احترام الأشخاص، ونجد هنا أيضاً بعض الاستثناءات، ولكن لا يجب الاستخفاف بها، ولا بد من تبرير عدم الوفاء بالوعد على أساس أخلاقي، لا لمجرد ملاءمته لظروف أو مصلحة شخصية.

الإحسان:

مثل مبدأ احترام الأشخاص، تدعم معظم الفلسفات الأخلاقية التي عرضناها سابقاً مبدأ الإحسان، مع أن النفعيين يتطلبون اجتياز اختبار النتائج الذي يطبقونه. يتأصل الإحسان في التقاليد الأبوقراطية وفي تاريخ مهن الرعاية، ويمكن تعريفه بالعمل بالخير والمعروف والشفقة واللطف. وعند تطبيقه كمبدأ في الخدمات الصحية له تعريف مشابه ولكنه أوسع وأعم. يشير هذا المبدأ إلى ضرورة وجود واجب إيجابي، يختلف عن مبدأ عدم الإضرار الذي يستدعي الامتناع عن عمل ما يثير مشكلة أو يؤدي إلى أي نتائج سلبية أخرى، وبالتالي بالإمكان اعتبار الإحسان وعدم الإضرار قطبين متضادين من سلسلة متواصلة.

قسم بوشام وتشايلدريس[٢٤] الإحسان إلى فئتين هما: (١) توفير الفوائد والمنفعة و (٢) موازنة الفوائد مع الأذى (النفعية). منح الفائدة والنفع أمر مؤكد وثابت في التقاليد والتاريخ الطبي وعدم التمكن من توفيرهما عند الاستطاعة ينتهك الوصاية الأخلاقية لكل من الإكلينيكيين والمديرين، وتوفر موازنة الفوائد مع الأذى الأساس الفلسفي لتحليل منفعة التكلفة، إضافةً إلى اعتبارات أخرى لموازنة المخاطرة والمجازفة مع الفوائد، وفي هذا الصدد، فهو يشابه مبدأ النفعية الذي يعتنقه ويعمل به النفعيون، إلا أن النفعية هنا هي واحدةٌ من عدة اعتبارات وتطبق على نطاق محدود.

يستدعي الواجب الإيجابي الذي يشير إليه مبدأ الإحسان أن تعمل المنظمات والمديرون أقصى ما في الإمكان لمساعدة المرضى، ويوجد واجب أدنى، ألا وهو مساعدة المرضى المحتملين لا المرضى الفعليين. يتفاوت هذا التمييز وأهميته مع ووفق فلسفة المنظمة ورسالتها وما إذا كانت تخدم مجموعةً سكانيةً محددة، كما تفعل منظمات

الحفاظ على الصحة (health maintainance organizations) التي لا توفر خدماتها إلا للمشتركين. وبالتالي فإنه وفق مبدأ الإحسان، لا يلتزم المستشفى الذي يشغل قسماً للطوارئ بواجب الطواف بالحي، بحثاً عن الأشخاص الذين هم بحاجة إلى الإسعاف والمساعدة، إلا أن هذه العلاقة تتغير جذرياً عندما يصبح هؤلاء الأشخاص ضمن مرضى المستشفى.

الجانب الآخر من الإحسان، هو موازنة المنافع والأذى التي قد تنتج من أفعال محددة، وهو نتيجة طبيعية لفعل من أفعال الواجب الإيجابي المبذول لصالح المريض. فبعد توفير الفوائد بطريقة إيجابية لا يمكن للمرء أن يعمل بلطف وشفقة ومعروف عندما تتجاوز المخاطر الناتجة الفائدة المتوقعة، وبغض النظر عن تفسير النفعية، فلا يمكن استخدامها لتبرير تجاوز مصالح مرضى معينين والتضحية بها من أجل المصلحة العامة.

عدم الإضرار:

المبدأ الثالث الذي يمكن تطبيقه في إدارة منظمات الخدمات الصحية هو عدم الإضرار، الذي تدعمه معظم النظريات الأخلاقية التي نوقشت سابقاً، (وعليها اجتياز اختبار التبعات لتعد النفعية أساساً لها). ويعني عدم الإضرار أن أول وأهم ما عليك فعله هو عدم إلحاق الأذى بأحد مهما كانت الظروف، تنطبق هذه القاعدة على مديري الخدمات الصحية مثلما تنطبق على الأطباء، وقد أشار بوشام وتشايلدريس[٣٥] إلى أنه رغم أن عدم الإضرار يؤدي إلى قواعد أخلاقية محددة فلا يمكن لهذا المبدأ أو القواعد المستقاة منه أن تكون مطلقة، لأنه غالباً ما يكون من الملائم (بعد موافقة المريض) التسبب في بعض المخاطرة أو الألم أو حتى الأذى لتجنب أذىً أعظم، أو لمنع حدوث حالة أسوأ من ذي قبل. وقد دمج بوشام وتشايلدريس مفاهيم القانون الطبيعي مثل الرعاية العادية والرعاية الفائقة والأثر المزدوج في مبدأ عدم الإضرار. (نتناول الرعاية الفائقة والرعاية العادية لاحقاً في هذا الفصل تحت عنوان «تطبيقات مبادئ الفضيلة».) كما يدفع عدم الإضرار المديرين والإكلينيكيين إلى تفادي المخاطرة ما لم تبرر ذلك النتائج المتوقعة.

العدالة:

المبدأ الرابع، العدالة ، له أهمية خاصة لصنع القرار الإداري (والإكلينيكي) في تحصيص الموارد، ولكنه ينطبق على جوانب أخرى من الإدارة أيضاً مثل سياسات

القـوى العاملة. ولكن ما هـو الأمر العادل؟ وكيف نعلم أن العدالة قد تحققت؟ مع أن جميع فلسـفات الأخلاقيات تدرك أهمية تحقيق العدالـة إلا أنها تتباين في تعريفها، فيعرف (رولز) العدالة بالإنصاف؛ ويتضمن هذا التعريف أن الناس ينالون ما يستحقون ولكن كيف يمكن تعريف الإنصاف و «نيل المسـتحق»؟ وفي مفهوم أرسطو للعدالة الذي ينعكس في القانون الطبيعي، أن الأشخاص المتساوين يعاملون بالتساوي وغير المتساوين يعاملون بلا تسـاوي. يسـتخدم مفهـوم الإنصاف هذا عادةً في تحليل السياسـات، وتنعكس المعاملة المتساوية بين المتساوين في حقوق الحريات (مثل حرية التعبير العالمية) ويستخدم تعبير المعاملة غير المتساوية للأشخاص غير المتساوين لتبرير ضرائب الدخل التصاعديـة وإعادة توزيع الثروة فقد قام جدل حول أن من يكسـب مالاً أكثر يجب أن يدفـع ضرائب أعلى. ويتجلى هذا المفهوم في تقديم الخدمات الصحية بصرف موارد أكثر على الأشخاص الأشد مرضاً وبالتالي فهم بحاجة إلى خدمات أكثر.

رغم المسـاعدة والعون الذي توفره مفاهيم العدالة تلك، إلا أنها لا تحل مشـكلات التعريف والرأي التي طالما كانت شـائكة. نال تحصيص الموارد على المستوى الجزئي والكلي دراسةً متوسـعةً في الأدبيات ولكن لا يوجد الكثير من الاتفاق على التعريفات الإجرائيـة له، فعلـى كل منظمة أن تحدد كيف تحصص مواردهـا، والمعيار الحقيقي لمعرفـة ما إذا كانت المنظمات وإكلينيكييها ومديريها يتصرفون ويعملون بعدل هو أنهم يطبقون معايير واضحة في صنع القرار بانتظام واستمرار.

الخلاصة:

يسـمي الفلاسفة احترام الأشخاص، والإحسـان، وعدم الإضرار، والعدالة مبادئ الوهلة الأولى (prima facie) أو واجبات الوهلة الأولى. ولا يوجد ما هو أهم منها أو مـا له ثقلها وفاعليتها، ويتوقع من مديري الخدمات الصحية أن يتحلوا بتلك الفضائل الأربع. لا يمكن انتهاك مبدأ ما إلا إذا كان هناك تبرير أخلاقي واضح، وعندئذ أيضاً لا بد من بذل ما أمكن لتقليل النتائج السلبية. تحتل أخلاقيات الفضيلة صدارةً خاصة في عمل المديرين، وتطبق الفضائل لدعم وإكمال وإتمام واجبات الوهلة الأولى.

الفلسفة الأخلاقية والأخلاقيات الشخصية:

يوفر هذا الاسـتعراض للفلسفات الأخلاقية والمبادئ المشـتقة منها إطاراً لتطوير أخلاقيات شخصية ومن ثم لتحليل المشكلات الأخلاقية. كما هو الحال مع الفلاسفة،

من غير المحتمل أن يتفق المديرون مع جميع عناصر الفلسفة الأخلاقية وأن يتبنوها. إلا أنه بصفة عامة، فالمبادئ والفضائل التي تناولناها هنا ضرورية لإقامة واستمرار العلاقات الملائمة بين المرضى والمديرين والمنظمات، ولا بد أن تكون جزءاً من أخلاقيات مديري الخدمات الصحية ومنظومة قيم المنظمة التي يديرونها. لا بد من التأكيد على ملاءمة حمل المبادئ الأربعة المشتقة أوزاناً وأهميةً مختلفة حسب القضية الأخلاقية قيد الاعتبار. إلا أن مبدأ العدالة يتطلب أن يكون هناك ترتيبٌ ثابت وأوزانٌ وأهميةٌ ثابتة عند مباحثة أنواع متماثلة من المشكلات الأخلاقية.

تطبيق مبادئ الفضيلة:

كيف تساعد المبادئ والفضائل - التي تم تحديدها ومناقشتها في الجزء السابق والفلسفات الأخلاقية التي تأسست عليها - في حل المشكلات الأخلاقية؟ في مثل حالة الطفل الصبي دو. يتضمن مبدأ احترام الأشخاص واجبات وعلاقات معينة، بما فيها الاستقلالية. إلا أن الأشخاص الذين لا يتمتعون باستقلاليتهم ينبغي أن يصنع قراراتهم وصي لهم أو من ينوب عنهم. اضطر والدا الطفل الصبي دو، وهو شخص غير مستقل، أن يتخذا قراراً بالنيابة عن ابنهما. لا يمكن للأوصياء أن يمارسوا سلطةً مطلقة، وبخاصة عندما لا يكون هناك يقين أن القرار يصب في مصلحة المريض. إذا اختلفت مصلحة الطفل ومصلحة الأبوين، يفرض الواجب على مقدمي الرعاية (بما فيهم المديرين) تحت مبدأي الإحسان و عدم الإضرار أن يحاولوا إقناع الأبوين أن يتخذا منحى آخر، وكان يجب أن يبذل مقدمو الرعاية والمديرون مثل تلك الجهود لعون الطفل الصبي دو.

بالتوسع في مبدأي الإحسان و عدم الإضرار لا بأس أن تنشد المنظمة تدخلاً قانونياً للحصول على الإذن بعلاج الطفل رغم رغبات ذويه. ويصبح الدافع الأخلاقي لفعل ذلك أعظم وأقوى حينما لا يعمل الأبوان لصالح الطفل، ولكن لا يجب اللجوء إلى هذا الواجب الأخلاقي إلا إذا كان هو الملاذ الأخير. تتدخل المحاكم في ظل نظرية «والدا الأمة» (parens partiae) للسماح للمستشفى أو لمنظمة الرعاية الاجتماعية أن تؤدي دور الوالدين (in loco parentis). تتردد المحاكم عادةً في اتخاذ هذا الإجراء بسبب تقاليد القانون العام التي تمنح الأبوين حرية التصرف في الأمور الإنجابية والعائلية، بما فيها القرارات المتعلقة بالأطفال. كما أشرنا سابقاً، رغم أن النفعية

هي أحد عناصر الإحســـان، إلا أنها ليست مفهوماً نافذاً سليطاً يسمح بانتهاك حقوق الأشخاص، كما حدث للطفل دو.

وباســتثناء حالات الطوارئ فإن للتدخل حدود، حيث يعد علاج الطفل رغم رغبات الأبوين -بدون أمر قضائي- لا أخلاقياً لأنه يخالف القانون. وإذا لم يتمكن الأشخاص القائمون على رعاية الطفل من الاســتمرار في رعايته بســبب أخلاقياتهم الشخصية يجب الســماح لهم بالانســحاب، وإلا قد يدلون بالتصريحات ويقومون بإثارة الزوابع أو أي نشــاط آخر للفت الانتباه إلى الوضع، إلا أنه عليهم إن فعلوا ذلك تحمل تبعات أفعالهم. ويجب أن تعكس سياســات وفلســفة المنظمة خيار انســحاب الموظفين من أوضاع لا يتحملون وزرها الأخلاقي.

عنــد تطبيق مبدأ عدم الإضرار، لا بد من التدارس و التفكير فيما إذا كان الخيار الأفضــل من الناحية الأخلاقية هــو إنهاء حياة الطفل دو بواســطة "القتل الرحيم" (euthanasia). يثيــر هذا الاعتبار التســاؤل حول الفــرق الأخلاقي بين القتل وترك الشخص يموت، يرى البعض أن النتيجتين المتطابقتين تجعلان التمييز بينهما أخلاقياً غير ممكن. إلا أنه لا يمكن للتحليل أن ينتهي هاهنا، فذلك يتجاهل جوانب حاســمةً من صنع القرار الطبي.

عندما يطبق مقدمو الرعاية مبدأ عدم الإضرار، فهم يمتنعون عن فعل الأذى، الذي يشــمل تقليل وتخفيف الألم والمعاناة. إذ تسبب دعوة مقدمي الرعاية الذين يكرسون جهودهم للحفــاظ على الحياة إلى إنهائها تناقضاً وتنافراً فــي الأدوار التي يؤدونها. إضافةً إلى ذلك فالأطباء والممرضون الذين يؤدون تلك الأدوار في موقف لا يحسدون عليه خشــية الانزلاق في مغبة ازدياد الاستثناءات في استخدام إجراءات إنهاء الحياة التي يرون أنها لا تستحق الاستمرار.

إن مفهــوم الرعاية الفائقة جــزء من مبدأ عدم الإضرار الــذي تطور من القانون الطبيعــي، أمــا الرعاية العادية فهي المعالجة التي يتم تقديمهــا بدون تكلفة أو ألم أو إزعاج مفرط والتي تمنح أملاً معقولاً بالشــفاء والاستفادة. وتكون الرعاية فائقةً إذا كانــت متاحةً فقط باقترانها بالتكاليف الباهظة والألــم أو إذا تكاثرت الإزعاجات أو العوائق الأخرى، أو إذا لم توفر أي أمل بالشــفاء[٢٦]. واستنتج بوشام وتشايلدريس[٢٧] أن التمييز بين الفائق والعادي يتلاشــى ويتقلص فــي التوازن بين الفوائد والأعباء، حيث تشــمل الفئة الأخيرة الضرر الفوري والإزعــاج والتعرض للأذى وتكاليف أخرى. كان

هنالك أمل بالمنفعة للطفل دو علماً بأن تصحيح الرتق ما كان ليصحح إعاقته العقلية، وكان إجراء العملية الجراحية سيمنح الطفل دو حياةً طبيعيةً بالنسبة لشخص بقدراته الفكرية. وقد كانت المنفعة تبرر اســتخدام علاج يرتبط بتكاليف باهظة وألم وإزعاج كبيرين.

العدالة هي المبدأ الذي يجب تطبيقه في النهاية، وهي مبدأً تبين من قبل أن له عدة تعريفات متفرعة، فقد عرف (رولز) العدالة بأنها الإنصاف (fairness)، ولو طبق هذا التعريف على قضية الطفل دو لكان الاستنتاج أن النتائج عادلة. ربما يكون الإنصاف متجانساً مع مصلحة شخصية مستتيرة يبديها أشخاص في الموقع الأصلي خلف ستار الجهل، كما نوقش في فكر رولز الفلســفي، وقد يقرر الأشخاص العقلانيون أن الموت أفضل من الحياة التي انتقصت جودتها كثيرا، رغم أن هذا يحد من مبدأ الحرية الذي يعده رولز في غاية الأهمية.

أما بالنسبة لأنصار (كانت) أو مؤيدي القانون الطبيعي فإن نتائج قضية الطفل دو بغيضةٌ وممقوتة لأن الطفل اســتُخدم كوســيلة لا كغاية، وقد استخدم كوسيلة لرفض الأبويــن الواضح أن يتقبــلا ويرعيا ويربيا طفلاً ينقصه الكمــال. وعلى النقيض من ذلك، قد يجد نفعيو القواعد أن نتيجة قضية الطفل دو مقبولة، كما قد تنتج تعريفات أخرى للعدالة اســتنتاجات مختلفة. فعلى سبيل المثال إذا كان تعريف العدالة أن المرء ينال ما يستحق، فمن الواضح أن الطفل دو لم يكن حظه وفيراً هنا، ولو طبقنا معياراً أكثر بدائيةً وأقل حساسيةً من ذلك، وهو معاملة الأفراد الذين هم في أوضاع متساوية بالتساوي، ويتضح هنا أنه لو كان شخص بالغ في وضع مشابه لوضع الطفل دو لعومل بطريقــة مختلفة ولأجرى له العلاج اللازم، لذلك يبــدو أن نتائج تطبيق مبدأ العدالة على الطفل دو مشكوك فيها.

تركز التقنينات النهائية لوزارة الصحة والخدمات الإنســانية الأمريكية (US Department of Health and Human Services) التي نشرت في أبريل (١٩٨٥م) عــن رعاية الأطفال، على الإحســان وعدم الإضرار، وبتطبيق تعديــلات قانون إيذاء الأطفــال الصادرة في عام (١٩٨٤م) التــي عدلت قانون معاملة الأطفال ومنع إيذائهم الصــادر في عام (١٩٧٤م) لم تضع الــوزارة أهميةً تذكر على حــق الأبوين التقليدي لتقريــر ما يجب عمله للأطفــال الذين يعانون من عطل أو قصور فكري أو جســدي أو يعانون من حالات صحية تهدد حياتهم، يمكن تحاشــي المشــكلة الكامنة (المحتملة) التي يســببها الآباء الذين قد لا يدركون تماماً مقتضيات التشــخيص ومضامينه (لكل

مــن حالتي القصــور وتهديد الحياة) وتأثيــرات قراراتهم من خلال تلــك التقنينات، وباســتخدام المعايير الطبية التي يطبقها أطبــاءٌ مطلعون وعقلانيون. لا يمكن اعتبار معاييــر جودة الحياة هنا، لأن التنظيمات التمهيدية لتطبيق القانون أشــارت بصراحة إلى قضية مشــابهة لقضيــة الطفل دو، وقررت وجوب تقديم العــلاج الطبي الملائم. إلا أن التنظيمات النهائية لم تتضمن أية أمثلة، ولكن من الأرجح أن الوزارة ســتراجع عن كثب أي قرار يســمح بعدم علاج الأطفال الذين يعانون من قصور أو حالات تهدد الحياة، وسوف نناقش تفاصيل تلك التقنينات في الفصل العاشر.

كما هو الحال في معظم جهود الحكومة لتنظيم صنع القرار الأخلاقي، من الأرجح أن يتــم تعديل تلك التقنينات في المســتقبل، ولكن من وجهة النظر الأخلاقية فإنه من الأهم تذكر الاعتبارات الأخلاقية التي يجب أن تكون أساس السياسات العامة، عوضاً عن الانشغال بصياغات ومفردات تشريع قانون معين.

مضامين للإدارة:

ما هي مضامين قضايا مثل قضية الطفل دو لمديري الخدمات الصحية؟ تضع مثل تلــك الأحداث عبئاً كبيراً على مقدمي الرعاية، ومهمــا كان القرار فإن تلك الحالات تســبب صدعاً وانقســاماً بين الموظفين، حيث يقلص الخلاف النــاتج عنها معنويات العاملــين، كما أن الانتقادات قد تنهــال على الإدارة ومجلــس الإدارة والهيئة الطبية من أشــخاص قد ينتقدون ويشككون في أخلاقية القرار ودور المنظمة في صنعه وفي الحالات القصوى قد تنشأ إجراءات قانونية نتيجةً لذلك.

إنه في غاية الأهمية أن تطبق منظمات الخدمات الصحية رؤيةً أو أن تتبنى فلسفةً معينةً حول أمور كتلك التي تنعكس في سياســاتها وإجراءاتها. وهذا يعني أن المنظمة قد نصت صراحةً على مجريات العمل الذي سوف تتخذه عند مواجهتها لمشكلات مثل هذه. إذ يؤدي وجود فلســفة قائمة إلى استجابة محددة عوضاً عن استجابة تفاعلية بطبيعتهــا، لم يتم التفكير والتمعن فيها وتدارســها جيداً، وتتحكم فيها الأحداث بدلاً مــن أن تتحكم هي في تلك الأحداث وتســيطر عليها. على المنظمة أن تتوقع احتمال حدوث تلك القضايا على أقل تقدير وأن تفكر فيها وتتدارســها ضمن قيود فلســفتها المنظمية.

من المفارقــات الغريبة أنه كان بإمــكان منظمات الخدمــات الصحية قبل تطبيق تعديلات إيذاء الأطفال التي طبقت عام (١٩٨٤م)، أن تعمل للطفل دو بقوة القانون ما

لم يســتطعه الأبوان، ولو أنهما أخذاه إلى منزلهما وتركاه يعاني من الجفاف والمجاعة حتى الموت لتمت إدانتهما بإهمال الطفل أو إحدى درجات القتل (homicide) أو القتل غيــر العمد (manslaughter). ولكن المنظمة لم تواجه نفس المســؤولية القانونية، بل لــو أنها أجرت الجراحة لإصحــاح الرتق بدون إذن الأبويــن لارتكبت جنحة الاعتداء على الطفــل، وكان بالإمكان أن تقام على المنظمة دعــوى قضائية وتعويضات مدنية، ولكانــت الهيئة الطبية عرضةً للادعاء الجنائي، مــع أنه من غير المحتمل إدانة الهيئة الطبية جنائياً ولكن المستشفى ملزم قانونياً بالحصول على موافقة الوالدين أو الوصي الشرعي على القاصر عند عدم وجود حالات طارئة.

الخاتمة:

يســاعد هذا الفصل المديرين على تطوير أخلاقيات شخصية و يحفز المنظمة على صياغة فلســفتها. يختلف القليل من المديرين على أهمية مبادئ الاحترام للأشخاص والإحســان وعدم الإضرار والعدالة وفضائل أخرى مختلفــة متممة لتلك المبادئ، إلا أن جميع المديرين لن يحتضنوا بشــكل قاطع المبادئ الأساســية للفلسفات الأخلاقية التي نناقشــها هنا. بل من الأرجح أيضا ألا يتفقوا على أهميتها أو أولويتها. ويعرض الفصل الثاني منهجيةً يمكن أن يستخدمها المديرون لحل المشكلات الأخلاقية.

الهوامش:

1. Robert Hunt & John Arras, Eds. (1983). Issues in modern medicine (2nd ed., p. 27). Palo Alto, CA: Mayfield Publishing.
2. Edgar Bodenheimer. (1974). Jurisprudence: The philosophy and method of the law (Rev. ed., pp. 23–24). Cambridge, MA: Harvard University Press.
3. John Rawls. (1971). A theory of justice (p. 60). Cambridge, MA: Belknap Press
4. Albert R. Jonsen & Stephen Toulmin. (1988). The abuse of casuistry: A history of moral reasoning (p. 13). Berkeley, CA: University of California Press.
5. Tom L. Beauchamp & LeRoy Walters, Eds. (1994). Contemporary issues in bioethics (4th ed., p. 21). Belmont, CA: Wadsworth Publishing.
6. Albert R. Jonsen. (1986). Casuistry and clinical ethics. Theoretical Medicine, 7, p. 70.
7. Ibid., p. 71.
8. Beauchamp & Walters, p. 19.
9. Annette C. Baier. (1987). Hume, the women's moral theorist? In Eva Feder Kittay & Diana T. Meyers (Eds.), Women and moral theory (p. 44). Totowa, NJ: Rowman & Littlefield.
10. Virginia Held. (1987). Feminism and moral theory. In Eva Feder Kittay & Diana T. Meyers (Eds.), Women and moral theory (p. 111). Totowa, NJ: Rowman & Littlefield.
11. Carol Gilligan. (1987). Moral orientation and moral development. In Eva Feder Kittay & Diana T. Meyers (Eds.), Women and moral theory (p. 24). Totowa, NJ: Rowman & Littlefield.
12. James J. Finnerty, JoAnn V. Pinkerton, Jonathan Moreno, & James E. Ferguson. (2000, August). Ethical theory and principles: Do they have any relevance to problems arising in everyday practice? American Journal of Obstetrics and Gynecology 183(2), pp. 301–308.
13. Rosalind Hursthouse. (2003, July 18). Virtue ethics. Stanford encyclopedia of philosophy. Retrieved December 18, 2003, from http://plato.stanford.edu/entries/ethics-virtue.
14. Glenn R. Morrow. (2011). Virtue. Dictionary of philosophy. Retrieved January 7, 2001, from http://www.ditext.com/runes//v.html.
15. Marcel Becker. (2004). Virtue ethics, applied ethics, and rationality twentythree years after After Virtue. South African Journal of Philosophy 23(3), p. 267.
16. Alasdair MacIntyre. (1984). After virtue. Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press; Philippa Foot. (2003). Virtues and vices. New York: Oxford University Press.

17. Virtue ethics contrasted with deontology and consequentialism. (2003, November 17). Wikipedia: The free encyclopedia. Retrieved November 30, 2003, from http://en.wikipedia.org/wiki/Virtue_ethics.
18. Ann Marie Begley. (2005, November). Practising virtue: A challenge to the view that a virtue centred approach to ethics lacks practical content. Nursing Ethics 12, p. 630.
19. Edmund D. Pellegrino & David C. Thomasma. (1988). For the patient's good: The restoration of beneficence in health care (p. 121). New York: Oxford University Press.
20. Ibid., p. 116.
21. Edmund D. Pellegrino. (1994). The virtuous physician and the ethics of medicine. In Tom L. Beauchamp & LeRoy Walters (Eds.), Contemporary issues in bioethics (4th ed., p. 55). Belmont, CA: Wadsworth Publishing.
22. Frederick S. Carney. (1978). Theological ethics. In Warren T. Reich (Ed.), Encyclopedia of bioethics: Vol. 1 (pp. 435–436). New York: The Free Press. 23. Hursthouse
24. William David Ross. (1995). Aristotle (6th ed., p. 209). New York: Routledge.
25. Ibid.
26. Tom L. Beauchamp & James F. Childress. (2001). Principles of biomedical ethics (5th ed., pp. 32–37). New York: Oxford University Press.
27. Ibid., p. 210.
28. Hursthouse.
29. Pellegrino & Thomasma, p. 121.
30. Pellegrino, p. 53.
31. J.L.A. Garcia. (2008). Anscombe's three theses revisited: Rethinking the foundations of medical ethics. Christian Bioethics 14(2), p. 132.
32. Bina Gupta. (2006). Bhagavad Gita as duty and virtue ethics: Some reflections. Journal of Religious Ethics 34(3), pp. 373–395.
33. Jesse Prinz. (2009). The normativity challenge: Cultural psychology provides the real threat to virtue ethics. Journal of Ethics 13(2/3), p. 135.
34. Tom L. Beauchamp & James F. Childress. (1989). Principles of biomedical ethics (3rd ed., p. 195). New York: Oxford University Press.
35. Ibid., p. 122.
36. Gerald Kelly. (1951, December 12). The duty to preserve life. Theological Studies, p. 550.
37. Beauchamp & Childress, p. 153.

الفصل الثاني

حل المشكلات الأخلاقية

مهمة المديرين الأولى هي حل المشــكلات، وهي سبب توظيفهم أساساً، فالمنظمات التي تخلو من المشكلات لا تحتاج إلى مديرين. تقتحم أحياناً بعض المشكلات الأحداث وتتصدرها بدون ســابق إنــذار، فلا بد من وجود خلل أو قصور مــا حين تقوم الهيئة التمريضية بإضــراب غير نقابي مفاجئ، أو يهاجم مقــال افتتاحي صحفي المنظمة. كما يصعب اكتشــاف مشكلات أخرى لوقوعها غالباً بدون سابق إنذار ويجب معرفتها وتحديدهــا وحلها في وقت مبكر. وهنا لا يوجد مثــل أكثر ملائمةً من المثل المعروف «درهم وقاية خير من قنطار علاج» ويتضح هنا أن حل تلك المشكلات لا يختلف كثيراً عن تقصي واكتشاف المرض وعلاجه مبكراً.

يتمتــع المديرون الناجحــون بمهارات فكريــة ومفاهيمية متطورة وقــدرات كبيرة على تحديد المشــكلات. فالحيلولة دون وقوع المشــكلات الأخلاقية إن أمكن ذلك، أو تحديدها وحلها بأقل تعطيل أو اضطراب في المنظمة لا يقل أهميةً عن حل المشكلات الإداريــة التي تؤثر في الموظفين أو الشــئون المالية. للمشــكلات الأخلاقية مضامين ومقتضيات تتعلق بنواحي الإدارة التقليدية كما أن للمشكلات الإدارية التقليدية أبعاداً أخلاقيــة. ويجب التنبه وأخذ الحيطة والحذر عند اســتخدام هــذه المقارنة إلى أن الأســاليب والمهارات المســتخدمة في حل المشكلات الأخلاقية تتشــابه كثيراً مع تلك اللازمة لحل المشــكلات الإدارية، فحل المشــكلات هو إجراءٌ شمولي ينطبق على حل النوعين كليهما.

تحديد المشكلات الأخلاقية:

غالباً ما يعتقد المديرون أنهم غير مؤهلين جيداً للتعرف على المشــكلات الأخلاقية وتمييزها ناهيك عن حلها. يظهر هذا المنظور اســتخفافاً وبخســاً لمؤهلات وقدرات المديــر النمطي، فتحديــد القضايا الأخلاقية التي قد تتحول إلى مشــكلات هي في المقام الأول قضية أســلوب فكري وســلوكي وحساســية، والتمكن من تطبيق الإدراك الســليم والفطنة عند مراجعة وتحليل وضع أو حالة ما. إن تحديد المشكلة الأخلاقية وأبعادها هو عادةً أســهل من تطوير وتطبيق حلــول بديلة مقبولة أخلاقياً، لأن تطوير

وتطبيق الحلول يتطلب غالباً معونةً ومساعدةً من جهات أخرى في المنظمة بل وربما من خارجها.

المديرون الذين يرون أن مهمتهم لا تنطوي إلا على حل مشكلات التوظيف - والإدارة والتوجيه ووضع الميزانية والتسيير والتنظيم والتنسيق والتكامل والتخطيط - هم بحاجة ماسة إلى رفع مستوى وعيهم بالقضايا الأخلاقية أكثر مما قد توفره لهم الدراسات العليا في الفلسفة. وبالإمكان استخدام منهجيات شبيهة - بتلك المستخدمة في حل المشكلات الإدارية التقليدية - في حل المشكلات الأخلاقية سواءً إدارية كانت أم بيوطبية. (نتناول هذا الإجراء الشمولي لاحقاً في هذا الفصل). إلا أنه غالباً ما تطغى المشكلات الإدارية التقليدية على البعد الأخلاقي الذي طالما لازمها، بل قد تحجبه تماماً. إضافةً إلى ذلك قد تكون الأبعاد الأخلاقية للمشكلات الإدارية خفيةً متوارية لا تظهر للعيان مباشرةً مما قد يعقد مسألة تحديدها ومن ثم حلها.

يستخدم المديرون السلطة التي يفوضها لهم مجلس الإدارة لتمثيل المنظمة، وكما نناقش في الفصل الثالث، فإن فلسفة المنظمة توفر البيئة العامة لنشاطات المدير والقرارات التي يصنعها، ولكن حتماً لا يلغي وجود فلسفة للمنظمة حاجة المدير إلى أخلاقيات شخصية، التي بدورها توفر إطاراً وأساساً لصنع القرار وتتيح إمكانية لتحسين وتدقيق المبادئ والقواعد والأحكام الاستثنائية (وكذلك تقرير عمل أمر من عدمه) أكبر مما يتيحه استخدام رسالة المنظمة وفلسفتها فقط. ولا ضير من تكرار أن كل إنسان يعد وصياً وممثلاً أخلاقياً، ولأفعاله وحركاته وسكناته وهفواته تبعات أخلاقية، ولا يمكن تبرير السلوك غير المقبول أخلاقياً أو إعفاؤه بمجرد أن أحدهم كان «ينفذ الأوامر» أو يطبق السياسة بغض النظر عن مصدرها. ولكن الأوامر من السلطات المخولة قانونياً، كالمحاكم مثلاً، تشكل مشكلة خاصة، إذ قد ينخرط الأوصياء الأخلاقيون - الذين قد يرون أن مثل تلك الأوامر غير عادلة أو لا أخلاقية - في العصيان المدني وعليهم بذلك تحمل العقوبات والروادع التي يفرضها المجتمع. ولكن يجب تدارس المضامين الأخلاقية للأعمال وأخذها في الاعتبار على حدة ومستقلة بذاتها عن القيود القانونية.

يكون هناك في بعض الأحيان تناقض بين أخلاقيات المنظمة كما تنص عليه فلسفتها، وأخلاقيات المدير الشخصية. فالمنظمة عبارة عن كيان بيروقراطي وعلى المدير أن يراعي بدقة وحذر المضامين المتعلقة بإذعانه وانصياعه لقيمها. وينبع هذا من مفهوم الوصاية الأخلاقية إذ يبدو في أغلب الأحيان أنه من السهل مجاراة التيار

السائد في المنظمة، بدلاً من المجازفة بالمكانة والوظيفة عند التصدي للأمور والتعبير عــن الرأي علانيةً. علماً أنه تندر المعارضة المهنية أو التبليغ عن المخالفات في البيئة المهنية، رغم الدلائل على وجود الممارسات غير الشريفة والتحايل والسلوك الإجرامي أو النشــاطات التي تعرض الجمهور للخطر في المنظمــات، ومنها تلك المنظمات التي تعمــل في حقل الخدمــات الصحية. ولابد للمديرين أن يدركــوا كلاً من التمايز بين الأخلاقيــات المنظمية والشــخصية وكذلــك التكامل بينهما، ولا ينبغــي لهم أن يؤدوا مهامهم اليومية بدون الالتفات إلى الســياق أو المضامين الأخلاقية لما يقومون به أو لا يقومون به أو يؤدونه بطريقة سيئة وعلى نحو رديء.

فيمــا يتعلق بمنهجيــة حل المشــكلات التي نتناولهــا أدناه، فإن فلســفة المنظمة والأخلاقيات الشــخصية للفرد في غاية الأهمية، حيث إنها توفر الإطار والبيئة التي يعمل فيهما المدير وتعزز الوعي بالمشــكلات الأخلاقية وتحديدها وحلها بحيث يتمكن المديــرون من تناول تلك المشــكلات والتصدي لها مثلما يفعلون مع مشــكلات الإدارة التقليدية.

من الأســاليب الأخرى المفيدة في تحديد المشــكلات الأخلاقيــة ما يعرف بتدقيق ومراجعة الأخلاقيات، وهو يؤدَّى كما يؤدَّى التدقيق المالي، ويستخدم مجموعةً من المعايير والضوابط لمقارنة الأداء الفعلي مع الأداء المرغوب فيه. وينبه الارتفاع الطفيف لبعض المؤشرات المديرين إلى مشكلات أخلاقية محتملة أو فعلية، مثل ارتفاع شكاوى المرضى، وتقارير الحــوادث والأخطاء، والإجراءات القانونية مثل شــكاوى وتظلمات الموظفين، والاستقالات، وفصل الموظفين وشكاوى الفصل التعسفي، وشكاوى واستقالات أعضاء الهيئة الطبية والمشــكلات مع الموردين والممونين والباعة الآخرين، إضافةً إلى السمعة السيئة. هناك ثلاث خطوات لإجراء تدقيق الأخلاقيات: أولاً، تحليل الوثائق الرئيسة (مثل رســالة المنظمة ورؤيتها وبيانــات وصيغ قيم المنظمة) وتفعيلها في السياســات والإجراءات مع التركيز على قضايا مثل الرعاية المجانية، والسرية، والموافقة، وتضارب المصالح، والتحرش الجنســي. ثانياً، استطلاع آراء ممثلين من أعضاء مجلس الإدارة والمديريــن والأطباء والموظفين والمتطوعين وأفراد المجتمــع والمنظمات لتحديد إذا ما كان الأداء بالمســتوى المطلوب. وثالثاً، معالجــة القصور من خلال التثقيف أو بتطبيق الإســتراتيجية[1] الملائمة. كمــا أن التقيد بالقوانين والأنظمة وعدمه يثير مشــكلات أخلاقية أخرى.

القضايا الأخلاقية الإدارية:

تعد القيادة أمراً جوهرياً للإدارة حيث تشمل وضع الأهداف وتحديد التوجه وإرشاد وتوجيه المنظمة. وهذه المهام أكثر حساسيةً للأخلاقيات من العديد من النشاطات الإدارية الروتينية، فالنشاطات اليومية (كالقيادة التعاملية، وهي أسلوب القيادة الذي يستخدم القائد فيه العقاب والثواب وتصيد الأخطاء ليعزز الطاعة له والانصياع لأوامره) (transactional leadership) تبدو أقل ارتباطاً بالقيم، ومع ذلك فهي -أيضاً- مبنية على قرارات سابقة راسخة في المبادئ الأخلاقية، سواءً كانت تلك المبادئ محددةً ومعلنةً بوضوح أم ضمنية. مهما كان تفسير المهام الإدارية لا يستطيع البشر التملص من دورهم كأوصياء أخلاقيين، وبما أن المديرين هم الذين يحددون روح المنظمة وبيئتها للموظفين فلا يمكنهم تجنب فحص وتدقيق أخلاقياتهم الشخصية ولا تجاهل تواؤمها وتوافقها مع فلسفة المنظمة.

يحتل المديرون مراكز الثقة، والتي يجب ألا تستخدم للمصلحة الشخصية أو تعظيم الذات، وهذه عناصرٌ جوهرية للأخلاقيات الشخصية لمن يصبو إلى أن يكون قائداً فاعلاً. فلا يمكن للمديرين أن يتصرفوا بأي طريقة قد تشير إلى إثم أو معصية. يجب الحكم على الأعمال (أو عدم عمل أي شيء أو الأعمال السيئة الرديئة) بتطبيق المبادئ الأخلاقية والفضائل التي نوقشت في الفصل الأول. ويمكن أيضاً توضيح التأثير النفعي لعمل ما بالتراجع قليلاً، كما لو كان الشخص خارج الموضوع، والتأمل والتفكر فيما يعمل وفيما يخطط لعمله، وعليه أن يسأل نفسه: «كيف سيرى الناس عامة وزملائي خاصة هذا القرار؟» يساعد هذا المعيار للحكم على القرارات الإدارية وتقييمها بالنظر إلى القرار أو العمل من خلال عيون الآخرين، أو في ضوء الفحص والتدقيق العلني، كثيراً. ولكن معيار النظرة التشاؤمية (cynic) لا يفيد في هذا الصدد لأنه لا يمكن تحقيقه، حيث يرى التشاؤميون (cynics) مشكلات حينما لا يكون الوقت مناسباً لذلك، أما الشكوكية (skepticism) فهي معيارٌ جيدٌ ومفيدٌ للمديرين لتطبيقه حين يسعون إلى فهم كيف يفسر الآخرون أفعالهم وقراراتهم. ولا يمكن قبول معيار الاكتشاف (discovery) لأن فكرة "إذا لم تُكتشَف ويُفضح أمرك فلا بأس" تلغي أصلاً الحاجة إلى الأخلاقيات وتستبدلها بالمراوغة والمكر والخديعة.

يختلف القانون كثيراً عن الأخلاقيات الشخصية أو فلسفة المنظمة لأنه خط البداية لما يعد أخلاقياً، فقد أشرنا في المقدمة إلى أن القوانين توفر مقارنات مفيدة، إلا أنها لا ترشدنا إلا جزئياً؛ لأن القانون هو الحد الأدنى من معيار السلوك ولا يمكن أن ينجح

المديـــر بتطبيـــق متطلبات الحد الأدنى، لأن المدير باعتباره قائـــداً لا بد أن يكون المثل الـــذي يحتذى به والذي يتجاوز بمراحل ما يتوقع من الآخرين. وكذلك فإن الضوابط المهنية ترشـــد الســـلوك وتوفر أطراً مرجعية، تتطلب مســـتويات من الأداء أعلى مما يتطلبـــه القانون، إلا أنـــه يجب أن نأخذ في الاعتبار أنها لا تشـــتمل إلا على جزء من توقعات الأداء الأخلاقي.

هـــل من المقنع تصور ومجادلة أن موقف المرء من الأخلاقيات الإدارية يعتمد تماماً علـــى مركـــزه؟ هل تنطبق فكرة "للرتبـــة مزاياها" على إدارة الخدمـــات الصحية؟ إذ يتصرف الكثير من كبار الإداريين كما لو كان الأمر كذلك، ويمكن بســـهولة اكتشـــاف مواقف عديدة يؤنب ويلام فيها المرؤوسون لسلوك يمر بسلام في المراتب العالية حيث يســـود هنا مبدأ "افعل ما أقول لا ما أفعل" و "ما يحق لزيد لا يحق لعمرو" لن يفشل الكثيرون في التمييز بين الأقوال والأفعال؛ إذ ترســـل تلك الازدواجية رســـالة واضحة للموظفين توحي بالاستخفاف والتشـــاؤم والتناقض وتحط كثيراً من قدرة المدير على القيادة، إذ يكون قد فقد الاحترام.

يكتسب المديرون حساسيةً وتفهماً للقضايا الإدارية الأخلاقية بعدة طرق، يجب أن يصبحوا قارئين نهمين للصحافة العامة والأدبيات المهنية لأن ما يحدث في مكان آخر قد يصبح مشـــكلةً تمسهم في المســـتقبل، كما أن الضوابط الأخلاقية هي أدلةٌ مفيدة لفهم وإدراك شـــؤون المهنة وعوامل وأبعاد الســـلوك والعمل المقبول. كما أن التساؤل عما إذا كانت القاعدة الذهبية قد طبقت ومعرفة ذلك يســـاعد في تحديد المشـــكلات الأخلاقية والتعرف عليها، ولا يمكن تناســـي أهمية الحدس والحس اللذين يشـــكلان تلك الحاسة السادسة التي تشير إلى خطأ ما، ويمكن تنميتهما لتنبيه المدير إلى وجود مشكلات أخلاقية.

يعنـــي تحديد المشـــكلات الأخلاقية والتعـــرف عليها التركيز علـــى مبادئ احترام الأشخاص والإحســـان وعدم الإضرار والعدالة كما تكملها وتعززها الفضائل. ويجب التســـاؤل عما إذا كان فعلٌ يُعتزم القيام به ينتهكها ومن ثم تقرير ما إذا كانت ظروفٌ خاصـــة تبرر ذلك الانتهـــاك، حيث يمَكِّن الفكر المتســـائل المديرين من تدارس الوضع أكثر أو التماس العون والمســـاعدة حسب ملاءمة الموقف. إذاً يتطلب تحديد المشكلات الإدارية الأخلاقية والتعرف عليها الانتباه للتفاصيل الدقيقة والجهد الدؤوب.

القضايا البيوطبية الأخلاقية:

تمثل جميع التفاعلات المفترضة والفعلية مع المرضى مصادر محتملة للمشــكلات الأخلاقية التي تتراوح بين الشــعور الأبوي إلى الموافقــة، وأيضاً من قول الصدق إلى قرارات عند دنو الأجل. قد يشعر المديرون بعدم الارتياح في العمل على حل المشكلات البيوطبية الأخلاقية ولكن لا يجب أن ينتابهم هذا الشعور لأن الطب والأطباء يوفرون معلومــات مهمة تعين المديرين على صنع قــرارات أخلاقية عن دراية ومعرفة، كما أن القــرار ذاته هو أخلاقي وليس طبياً. إن التمييز بين الجوانب الإكلينيكية والأخلاقية فــي صنع القرار البيوطبي أمرٌ في غاية الأهمية وعلى المديرين تذكر ذلك، ويكتســب المديــرون المزيد مــن الثقة مع تراكم الخبرات والتعامل مــع قضايا بيوطبية أخلاقية، حيث إن مشاركتهم مطلوبة لأن المزيد من التفاعل بين الإدارة والهيئة الطبية يقود إلى رفع كفاءة المنظمة وزيادة فاعليتها، وأيضا لأن لجميع المشــكلات البيوطبية بعداً إدارياً ولذلك تصبح مشاركة المدير ضرورية.

مــع أن المديريــن لا يحلُّون محلَّ الأطبــاء ولا ينوبون عنهــم إلا أن لهم أهمية في الحيلولة دون وقوع مدى واســع من المشكلات البيوطبية الأخلاقية، أو حلِّها من خلال نشاطات تشمل المشاركة في لجان الأخلاقيات في المنظمة ومجالس المراجعة والتدقيق في المنظمة والمشاركة في قرارات تحصيص الموارد، إضافةً إلى ذلك فهم محوريون في تطوير العمليات وتفعيل السياسات والإجراءات والقواعد التي تحقق فلسفة المنظمة.

كما أشــرنا ســابقاً في الجزء حول قضايا الإدارة الأخلاقية، لا يحتاج المديرون إلى اجتياز برامج الدراســات العليا في الفلســفة أو الأخلاقيات لتحديد وجود مشــكلات مستقبلية كامنة علماً بأن اجتياز مثل تلك البرامج سيكون مفيداً. ويتطلب أساساً تحديد المشــكلات الأخلاقية التوعيــة ورفاهة الحس إضافةً إلى فكر اســتدلالي وأخلاقيات شــخصية متطورة، وتفيد تساؤلات كالتالية في تحديد المشكلات البيوطبية الأخلاقية: هل تعكس ثقافة المنظمة منظومةً واضحةً من القيم؟

- هل توجد لجنة أخلاقيات مؤسسية لحل القضايا الأخلاقية؟
- هل يعامَل هذا المريض كما أحب أن أعامل؟
- هل يُحمى المريض من المخاطر غير الضرورية؟
- هــل تُنبئ إجراءات - الحصول على الموافقة - المريض عن تفاصيل العلاج المقرر؟ يتضــح إذاً أنه كما هو الحال في حل جميع المشــكلات، ينبغي طرح الأســئلة المناسبة فقد تكون أهم ما في الإجراء بكامله.

من أهم الأدوار التي يؤديها المدير هو تحفيز الهيئة الطبية وجميع مقدمي الرعاية الآخرين على تطوير المهارات والخبرات لتفادي أو معالجة المشكلات البيوطبية الأخلاقية، وليتسنى ذلك لا بد من توفير الإجراءات والقواعد التي يجب أن يلتزم بها مقدمو الرعاية. ودور المدير هنا كمحفز لا يختلف عن الدور الذي يؤديه في نشاطات الإدارة التقليدية ومما يُؤسَف له أن ضوابط الأخلاقيات الإدارية لا توفّر إلا توجيهاً محدوداً في معالجة القضايا الأخلاقية البيوطبية.

حل المشكلات:

تحدث المشكلات الأخلاقية -التي لا يتم حلها- تأثيراً مدمراً على المنظمة لا يقل عن تأثير المشكلات المتعلقة بالموظفين والشؤون المالية أو الهيئة الطبية، وبالتالي لابد أن يستخدم المديرون المنهجية الصحيحة لحلها، إلا أن ذلك يسبب صعوبات عدة، لأن القليل من المديرين يتلقون التدريب المناسب لحل المشكلات الأخلاقية. فقد تبدو القضايا الأخلاقية أقل وضوحاً من المشكلات الإدارية، ولأن المديرين بطبيعة الحال عمليون فقد لا يميلون إلى التشبث بدقائق الأمور والتمحيص فيها. وتكون المشكلات الأخلاقية أحياناً متداخلةً مع القضايا الإدارية بل قد تطغى عليها وتسترها، إضافةً إلى ذلك، قد يعد المديرون قضايا الأخلاقيات أقل أهمية من المشكلات الأخرى ربما لأنهم لا يدركون مدى الضرر والدمار الذي قد يترتب عليها، علماً أنه يمكن التغلب على جميع تلك المعوقات التي تواجه المديرين.

كتب الفيلسوف والمعلم الأمريكي جون ديوي في كتابه المنشور عام (١٩١٠م) بعنوان «كيف نفكر» أن حل المشكلات يتكون من ثلاث مراحل هي: تحديد المشكلة، وتحديد البدائل ثم تقرير أي البدائل أفضلها. ويستخدم المديرون الناجحون، سواءً ضمنياً أو صراحةً، أسلوباً مماثلاً لذلك وتتضمن مراحل الإجراء تحديد المشكلة من حيث ظهورها الحالي (الذي قد يكون أحد أعراض مشكلة أخرى) وكذلك من حيث مسببات ظهورها ثم تطوير حلول بديلة ومعايير القرار لبيان ما إذا كانت تلك البدائل مقبولة أم غير مقبولة أو مثالية، وإعداد خطة تنفيذية للحل المختار، وتطوير سبل تقييم الحل بعد تطبيقه.

يستخدم الفلاسفة أيضاً منهجية مماثلة تعرف بالاستنتاج الأخلاقي (moral reasoning) لتحليل المشكلات الأخلاقية تشبه مكوناتها منهجية حل المشكلات التي يستخدمها المديرون وهي كالتالي:

- التحليل- تفتيت هيكل المشكلة الكلي في حالة معينة إلى عناصره الرئيسية.
- التدارس- تقييم نقاط الضعف والقوة للبدائل المختلفة المتاحة لحل المشكلة ومقارنة تلك البدائل.
- التبرير- توفير سبب أخلاقي ملزم وكاف ينطبق على مبدأ أخلاقي ثابت مثل "قل الحق ولو على نفسك" (ولابد أن يطابق ذلك المبدأ فلسفة المنظمة وأخلاقيات المدير الشخصية).
- الاختيار- انتقاء أحد البدائل المتاحة أو بعضها ويفضل أن يكون ذلك على أساس موقف يمكن تبريره.
- التقييم – معاينة الخيارات وتبريراتها وتحديد التساؤلات التي لا يمكن إجابتها وربط القرارات حول حالة معينة بالحالات المشابهة[٢].

يتأصل مفهوم حل المشكلات في نموذجين رئيسيين هما العقلاني (rational) والاكتشافي (التجريبي) (heuristic)، ويتم تحديد المشكلة بطريقة مختلفة في كل منهما، إذ يفترض النموذج العقلاني (الذي يرتبط أحياناً بالقرارات المبرمجة) أن المرء يواجه مشكلة محددة ويركز في المقام الأول على البحث عن الحل المثالي. بحوث العمليات مثلاً هي تعبير كمي للنموذج العقلاني لمدى واسع من القضايا الإدارية وتشمل تلك القضايا في المستشفيات مشكلات جدولة العمل مثل تطوير برنامج حاسوبي يعظم ويبرز جدول العمل الذي يفضله أكبر عدد من الممرضات أو جدول بيرت (تقنية تقييم ومراجعة البرامج) المستخدم في جدولة إنشاء مبنى جديد. تساعد تلك الأساليب – وأخرى مشابهة لها – المنظمة على تأسيس أنماط فعالة من حل المشكلات.

يسلِّم النموذج الاكتشافي (الذي يرتبط أحياناً بالقرارات غير المبرمجة أو نموذج التعلم) بأن تحديد بعض المشكلات قد يكون مبدداً مبهماً أو أن تكون هيكلتها غير واضحة، وغالباً تكون غير روتينية أو نمطية، ويستخدم عملية تكرارية لمعالجة تحديد المشكلة وحلها. وقد اقترح طرح تقنيات حل المشكلات الاكتشافية لتدريب المديرين وبخاصة الأساليب الاكتشافية الكمية وتلك التي تعمل بالحاسوب[٣].

يتبين عند التمييز بين النموذجين العقلاني والاكتشافي أن حل المشكلات الأخلاقية هو بطبيعته اكتشافي، ولكن يجب أولاً الفصل بين مكونات الإجراء والمادة، ويجب أيضاً التمييز بين المشكلات الأخلاقية المتكررة ذات السمات المشتركة وتلك المشكلات الاستثنائية التي يندر تكرارها. يسهل تحليل وحل مكونات الإجراء باستخدام النموذج

العقلاني أكثر من مكونات المادة (الفحوى أو القضية). كما يسهل أيضاً حل المشكلات الأخلاقية المتكررة ذات السمات المشتركة بواسطة النموذج العقلاني، وهنا أيضاً قد يكشف تطبيق النموذج مشكلات استثنائية أو مبهمة في جوانب المادة أو الفحوى مثل السلطة النسبية لأشخاص مختلفين في مجريات صنع القرار. يتضح أن النموذجين العقلاني والاكتشافي ليسا متنافرين بحيث لا يمكن استخدام أحدهما مع الآخر، بل غالباً ما يفيد استخدام النموذج العقلاني في بعض التحليلات لتعزيز ودعم تحليلات النموذج الاكتشافي، ولذلك لا يمكن لمن يقومون بحل المشكلات أن يستبعدوا أيّ النموذجين.

تدرس برامج التعليم العالي في إدارة الخدمات الصحية وإدارة الأعمال إجراءات حل المشكلات وتلك المنهجيات تفيد حل المشكلات الأخلاقية وتشابه كثيراً نموذج حل المشكلات الشمولي الذي نورده في الشكل (٤) نعرض النموذج هنا ببعدين، ولكن يجب تصوره باعتبار الزمن بعدا ثالثا. ومن تلك الناحية يتخذ النموذج شكلا حلزونيا أي أنَّه بينما يتأرجح الإجراء من تحليل المشكلة إلى تقييم النتائج، يمر النشاط بأكمله بالبعد الزمني.

يبدأ تحليل المشكلة في الشكل (٤) عندما يجد المدير -إما بشكل موضوعي أو حدسياً- أن أمراً ما ليس على ما يرام. ويحدث هذا عادة عندما تختلف النتائج الفعلية عن المتوقعة أو المرغوب فيها أو يحدث ما يتطلب استجابة منظمية. ومن الأمثلة على التطورات التي تستدعي تدخل الإدارة انخفاض أو ارتفاع حاد في إدخال مرضى العيادات الخارجية، أو ارتفاع معدل التوظيف في إدارة ما، أو ارتفاع عدد الوجبات التي لم تستهلك من غرف المرضى أو المقصف وترد إلى قسم التغذية، أو إعلان تزايد أو تناقص افتتاح مراكز الرعاية الطارئة المنافسة. بالإمكان التنبؤ بحدوث بعض تلك المشكلات من خلال تحليل البيانات التي يتم جمعها روتينيا، ولا يُتبين البعض الآخر إلا بعد حدوثها. المشكلات الواضحة والمحددة يسهل حلها بواسطة النموذج العقلاني وهي أكثر استجابة له من النموذج الاكتشافي.

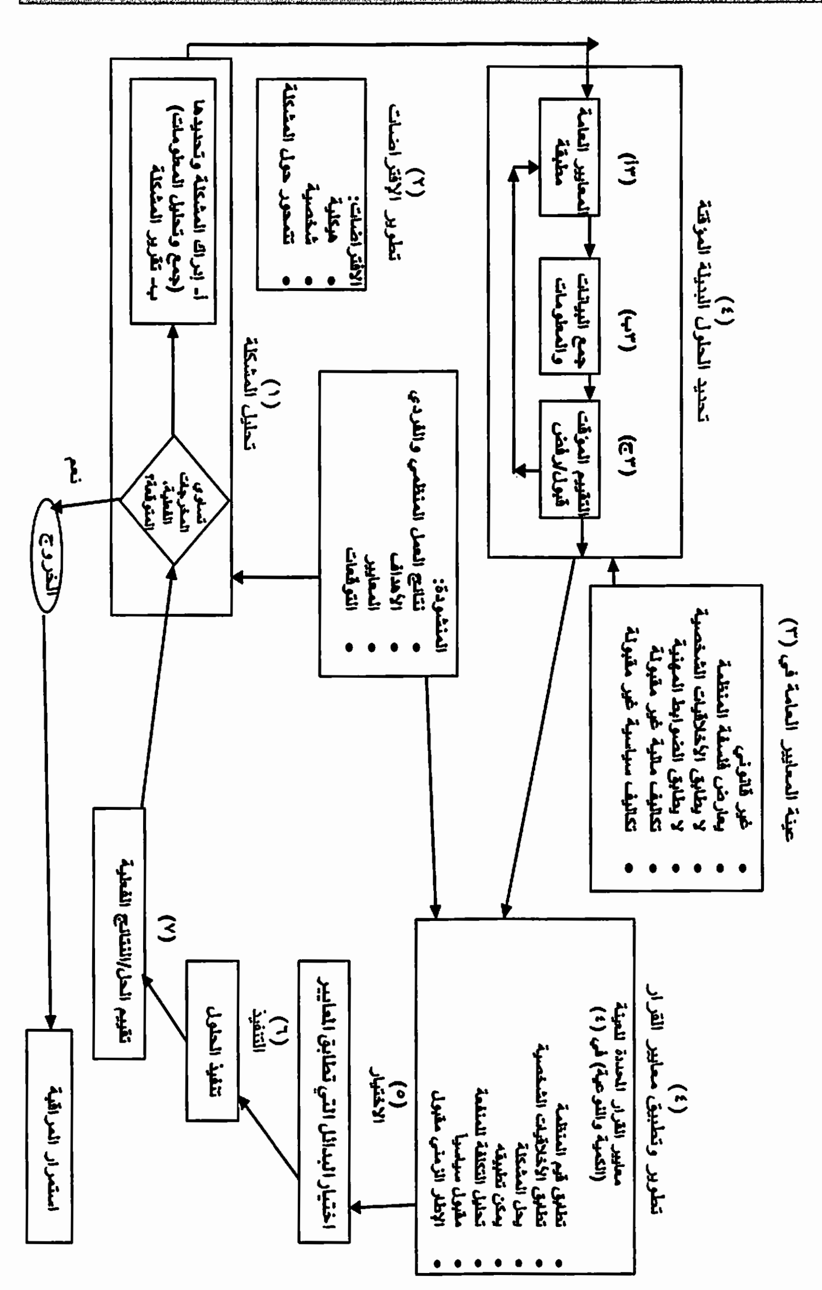
وبالمثل تتضح الأبعاد الأخلاقية لبعض الحالات، ويكون للمشكلة الأخلاقية بعدان إداري وإكلينيكي لو تم مثلاً تشخيص مريض في حالة إنباتية مستديمة (وهي حالة الوعي الجزئي للمصابين بتلف دماغي) (persistent vegetative state)، وتتواجد المشكلات الأخلاقية أيضاً عندما تفتقر المنظمة إلى إجراءات فعالة للموافقة، وفي تلك المواقف لا يكون نموذج حل المشكلات الاكتشافي منهجية فعالة.

تحتاج المشكلات البيوطبية الأخلاقية المحتملة إلى الحلول فقط حينما يقرر المسؤول عن حل المشكلات ضرورة حلها، لأن بعض المشكلات الأخلاقية تنتهي أحياناً وتتلاشى قبل الانتهاء من حلها، مثل عدم إمكانية إنعاش مريض في حالة إنباتية مستديمة بعد تعرضه لسكتة قلبية، فقد انتهت المشكلة الأخلاقية هنا وتلاشت ولكن لم يتم حلها.

أشار بيري وسيفي[٤] (Berry and Seavey) أن تحديد المشكلات هو "أساسا عملٌ شخصي، غير موضوعي، وليس حقائق ملموسة بل مجرد تصورات وإدراك حسي للواقع" هذا التصريح صحيح حينما يتعلق بتصورات الفعل ورد الفعل أو السبب والنتيجة وينطبق عليها، ولكن يجب تحديده وتعديله عند تطبيقه على مواقف أخرى. فعلى سبيل المثال وجود عدد من الوفيات غير المفسرة في دار للمسنين هو حقيقةٌ واقعة، وقد يحدد المدير أنها مشكلةٌ بحاجة إلى حل. تتباين التصورات أو الإدراك (غير الموضوعي) في تحديد السبب أو الوضع الضمني (المشكلة) التي قد تكون سبب تلك الوفيات، وتتأثر رؤى المشكلات وحلولها بمراكز ومسؤوليات الأشخاص ذوي العلاقة، ومما لا شك فيه أن إدارة خدمات التمريض ستوفر تفسيرات لمسببات تلك الوفيات تختلف عن تفسيرات إدارة المنظمة.

للبيئة والمحيط أهمية أكبر عند حل المشكلات الأخلاقية من حل المشكلات الإدارية بدون أبعاد أخلاقية تذكر، إذ إن محيط وبيئة المشكلات الأخلاقية هي فلسفة المنظمة ورسالتها كما يراها ويطبقها المدير ذو الأخلاقيات الشخصية ويؤدي دور الوصي الأخلاقي. بعد ظهور المشكلة الأخلاقية والتعرف عليها وتحديدها على أنها مشكلة بحاجة إلى الحل، يجب فهم تلك المشكلة وإدراك أبعادها، وقد تتاح المعلومات عن مدى المشكلة وطبيعتها في البيانات المتوفرة، أو قد تكون هناك حاجة لجهود خاصة للحصول عليها، وسوف يتعرض المديرون الذين يسعون إلى حل المشكلات الأخلاقية إلى شح وقصور في البيانات مثلما يتعرضون له عند مساعيهم لحل أنواع أخرى من المشكلات.

يطلب المستطيل (٢) في الشكل (٤) من المديرين تحديد ثلاثة أنواع من الافتراضات هي: افتراضات عن بيئة ومحيط المشكلة، وافتراضات عن المديرين أنفسهم، وافتراضات حول المشكلة بحد ذاتها. مما لا شك فيه أن قضية الطفل (دو) قد أثرت في الموظفين ومن الطبيعي افتراض أنه في القضايا المشابهة سيصاب الموظفون بالاكتئاب والغضب وانخفاض المعنويات.



الشكل (٤): مخطط لحل المشكلات الأخلاقية (مقتبس من ب. ب. لونجست و ك دار «إدارة نظم ومنظمات الخدمات الصحية» الطبعة الخامسة ص ٢٧٥ بالتيمور هيلث بروفشنز برس).

كما بالإمـكان أيضاً افتراض أن بعض الموظفين سينال منهم الانزعاج والإحباط إلـى درجة الاستقالة من العمل، أو التوجه إلى اتحاد مهنتهم، أو رفض العمل في قسم الأطفال. تستدعي مثل تلك الافتراضات من المديرين اتخاذ قرار أو حكم وقد يؤدي إلى تجاهل الموقف بالكامل (أي عدم تحديده على أنه مشكلة تتطلب حلاً)، وهو ما حدث في قضية الطفل دو. فقد امتثل المستشفى لتوجيهات الأبوين وقرر عدم وجود مشكلة تتطلب الحل، أو أن الحل هو عدم القيام بأي شيء، وتعتمد مثل تلك النتائج على فلسفة المنظمة وأخلاقيات المدير الشخصية. قد يعد عدم القيام بأي شيء حلاً ولكن فقط إذا كان ذلك يحل المشكلة كما صيغت وحددت، ويحقق معايير القرار ويرضيها أفضل من البدائل الأخرى، ولا يجب -إطلاقاً- التخلي عن عمل شيء اعتباطاً بدون تبرير، أو بسبب الإهمال والتقصير.

تكون المراجعة الأولية للخيارات في الشكل (٤) عند المستطيل (٣) حيث يتم تحديد الحلول البديلة المؤقتة وتقييمها، وفي هذه المرحلة يستخدم صناع القرار أساليب لاقتراح الحلول كالعصف الذهني مثلاً، وعلى المديرين الذين يقومون بحل مشكلات أخلاقية إدارية أو بيوطبية أن يكونوا على وعي بفلسفة المنظمة، إضافةً إلى التنبه إلى وضع أخلاقياتهم الشخصية نصب أعينهم. ما لم يمكن تغيير قيود وحدود بيئة المشكلة فلا بد من التخلي عن الحلول التي تقع خارجها، لأن تجاهل تلك القيود أو تطبيقها اعتباطاً يخلق تناقضات وفجوات، تسبب في نهاية الأمر مشكلات عويصة للمنظمة والمدير، وفي تلك الحالات يطبق معايير أخرى أكثر عمومية.

تخضع الحلول البديلة التي تتجاوز الاختبار الأولي إلى تقييم تفصيلي، يقارن كل خيار مع معايير محددة للقرار، ويبين المستطيل (٤) في الشكل (٤) أمثلة من تلك المعايير، هي الوقت المتاح لحل المشكلة، التكاليف الحقيقية بأنواعها (المالية والسياسية والسمعة)، وتكلفة الفرصة الضائعة (opportunity cost)، وإمكانية التطبيق، وكفاية حل المشكلة والفوائد المستمدة من الحل. وبالطبع يؤدي تطبيق معايير أكثر تحديدا ودقة إلى حلول ومخرجات أفضل، ومن الفوائد الرئيسية للتحديد والدقة في المجريات اضطرار المديرين إلى مراجعة وتحليل كل من تحليل المشكلة واختيار أفضل البدائل لحلها، وبذل الجهد لتوخي الدقة والعناية في تناولها. وهو مفيد أيضاً في شحذ قدرات صنع القرار لدى المديرين. ومن الأساليب المتطورة في صنع القرار تحديد قيمة نسبية أو أوزان لمعايير صنع القرار، حيث إن بعض المعايير أكثر أهمية من الأخرى ولا تتساوى جميعها في الأهمية والتأثير.

قبل وبعد انتقاء أحد البدائل على المدير التفكير في تنفيذه وتقييمه، إذ يظهرالخلل الشائع في حل المشكلات وهو بعد أن تبذل جهود عظيمة في تطوير الحل والبدء في التنفيذ يصرف المدير انتباهه إلى مشـــكلات أخرى، مما يؤدي إلى تخبط الحل وتعثره قبــل تنفيذه بالكامل. لذا لا بد من بذل العنايـــة والحرص في تنفيذ الحل مثلما بذل فـــي انتقائه. كما يجــب أن يتضمن الحل مرحلة التقييم لكي يمكن تحديد الصعوبات واتخاذ الإجراءات التصحيصية في الوقت المناســب، علماً أن الإجراءات التصحيحية بدورها ما هي إلا جزئية من إجراءات حل المشكلات وقد تمر بخطوات مماثلة.

تفيــد منهجية حل المشــكلات تلك في صنع القرار الذي يقــوم به مدير منفرد، أو مجموعة من المديرين، أو لجان المجالس الإدارية، أو لجان المهمات الخاصة مثل لجان الأخلاقيات المنظمية، أو مجالس المراجعة والتدقيق المنظمية، أو لجان مراجعة العناية بالرضع. والمنهجية فعالةٌ لحل مشــكلة منفردة أو مجموعة من المشكلات، أو لتدارس دلائل صنف من المشــكلات، أو لتطوير إجراء لملاءمة منهجية مماثلة لحل مشــكلات منفردة أو مجموعة من المشــكلات. بغض النظــر عن مصدر صنع القرار، ما أن يقر الإجراء وتصاغ وتنفذ السياســات (التي مرت بإجراء مماثل لحل المشكلات) حتى تقر إجــراءات التفعيل والقواعد. وهذا يعني أنه تم تدارس قضية مثل قضية الموافقة وتم تحديد وتنفيذ السياسات والإجراءات والسبل المقبولة أخلاقياً. والنتيجة المنشودة هي الحيلولة دون وقوع العديد من المشكلات الأخلاقية. تصبح الاستثناءات وبذل الانتباه الخاص ضرورية عندما تختلف الحقائق بالقدر الكافي عن الافتراضات المتضمنة في السياسة والإجراءات المشتقة منها.

في هــذا الصدد، ليس بالضــرورة التمييز بين المشــكلات الأخلاقية الإدارية من البيوطبية، لأن كليهما ســيحدث ويجب تبني السياسات مستقبلياً قبل حدوثها، سوف تعالج الإجراءات والقواعد المستقاة من السياسات معظم المشكلات الأخلاقية المتكررة والتي يمكن التنبؤ بحدوثها، لذلك يتبنى -على ســبيل المثال- المجلس الإداري سياسة تضــارب المصالح التي تطبق علــى أعضائه وعلى الإدارة. وبرغم فائدة السياســات والإجراءات فإنه تقع مشكلاتٌ في تفسيرها وتطبيقها وتنبثق مشكلات أخلاقية فريدة. ولا ضيــر هنا من تكرار ماذكر وأنه بالإمكان اســتخدام نموذج حل المشــكلات الذي ناقشــناه سابقاً على مستويين هما: تطوير السياســة العامة وأيضا تدارس ومعالجة مواقف أو حالات محددة.

تنفيذ الحلول للمشــكلات الأخلاقية الإدارية أو البيوطبية - في أغلب الحالات - هو مثل تنفيذ حلول المشــكلات الإدارية البحتة مع وجوب إبراز بعض الفوارق، أحدها، أن

القضايا الأخلاقية تكون غالباً عاطفية، وتشهد أمثلة عديدة على أن مديراً تصرف على نحو غير أخلاقي (الأخلاقيات الإدارية) أو أن رؤية المريض حول الحياة والموت قد انتُهكت أو اعتُرضت (أخلاقيات بيوطبية). ولذلك على المديرين والموظفين الذين يعملون على حل المشكلات الأخلاقية أن يتحلوا بحساسية مرهفة نحو العوامل الإنسانية وأن يدركوا أنهم لا يتعاملون مع وحدات الإنتاج أو الخدمات المعتادة، والفارق الآخر هو أن للقضايا الأخلاقية الإدارية والبيوطبية احتمال وقوع تبعات قانونية، مع أنه يجب على جميع منظمات الخدمات الصحية أن تحدد معياراً يتجاوز كثيراً الحد الأدنى الذي يفرضه القانون، إذ تحدث الأخطاء وأحياناً هناك مشكلات تستدعي التدخل القضائي، ومع ذلك، من الفوارق الأخرى أن عواقب العلاقات العامة السلبية قد تحدث داخل أو خارج المنظمة.

تطوير الأخلاقيات الشخصية:

يبدأ مديرو الخدمات الصحية مسارهم المهني بعد أن بلغوا سن الرشد وتطورت ونمت لديهم أخلاقيات شخصية ضمنية. وأثناء تطوير تلك الأخلاقيات، تأثر المديرون بعوامل مؤثرة متعددة تتجاوز مدى تأملاتهم واستبطاناتهم، بما في ذلك الأهل والأصدقاء، والمبادئ والتعاليم الدينية، والدراسة والتحصيل العلمي، والقانون. وضمن هذه البيئة يصبح الراشدون مديرين، وينبثق بعدٌ أخلاقي حول الإدارة، وقد تكون الأخلاقيات الشخصية لبعض المديرين مجرد حس حدسي بما هو حق أو باطل، بدون مصدر معروف أو ضوابط محددة للسلوك.

يحتم تطوير أخلاقيات شخصية التأمل وفحص الذات، وتفيد في ذلك تساؤلات مثل: «من أنا؟» و «كيف أرى أفعالاً أو نشاطات معينة؟»، و «ما الذي أعده غير أخلاقي؟» و «ما هو الحق والباطل من الناحية الأخلاقية؟» إن مجابهة مثل تلك التساؤلات وفهمها في غاية الأهمية في بحث المديرين عن الإجابات «الصحيحة» للمشكلات الأخلاقية، ويستخدم كل من حديثي العهد بإدارة الخدمات الصحية والمخضرمين مصادر متعددة لتطوير وصقل أخلاقياتهم الشخصية. من أهم تلك المصادر: الضوابط الأخلاقية المهنية، وقيم وثقافة المنظمة، الاندماج في المجتمع والبيئة التعليمية، ومجالسة الزملاء والرؤساء والمرؤوسين وضغوطهم وتأثيراتهم.

يجب على المديرين عند انتقاء المبادئ التي تشملها أخلاقياتهم الشخصية، تطبيق معايير الشمولية والثبات والتماسك والإجابة على التساؤلات التالية:

- هل تنطبق المبادئ على أوسع مدى ممكن من القضايا الأخلاقية؟
- وكم هي مفيدة وملائمة لحل المشكلات الأخلاقية؟
- هل تستخدم المنهج العلمي من حيث الدقة والتنظيم المنهجي والقدرة على التنبؤ؟
- هل المفاهيم الأخلاقية واضحة وثابتة؟
- هل تتناقض أم تتناسق مع معرفة أخرى أو تجارب من الحياة؟
- هل يمكنها التأقلم والتكيف مع العالم المتغير على نحو معقول؟

مع أن معايير الشمولية والثبات والتماسك لا تطبق بالصرامة التي يطبقها الفيلسوف الأخلاقي، إلا أنه يجب استخدامها عند تطوير أو اعتبار أو تدارس الأخلاقيات الشخصية وعند تحليل أخلاقيات الآخرين أو مخالفة براهينهم أو استنتاجاتهم. ومن المفيد عند مراجعة وتدارس المرء لأخلاقياته الشخصية إعادة النظر في عبارة أفلاطون الذي قال إن الحياة التي لم تختبر لا تستحق العيش.

للفلسفة الأخلاقية السفسطية علاقة وثيقة خاصة بجهود المدير في صقل وشحذ أخلاقيات خاصة. إذ يوفر تأكيد السفسطة على الحالات وطبيعة الحالات التكرارية والأحداث المشابهة مساعدة خاصة من ناحية الأخلاقيات الشخصية. وللأخلاقيات الفضيلة أيضاً هنا دورٌ فريد، فتجب إضافة الفضائل المذكورة في الفصل الأول ضمن الأخلاقيات الشخصية، وإعادة النظر فيما إذا كان المرء مديراً فاضلاً سوف يعزز أو يبرز الحاجة إلى المزيد من العناية والحرص.

بالإضافة إلى أخلاقيات المدير الشخصية، فإن فلسفة المنظمة أساسية في صنع القرار، ومن الرائع اعتقاد أن الأخلاقيات الشخصية هي أهم عامل بل ينبغي أن تكون كذلك، إلا أنه لا يمكن تجاهل حقيقة وواقعية الحياة البيروقراطية. تلتمس بعض منظمات الخدمات الصحية المذهبية تطابقاً كاملاً بين أخلاقيات المدير الشخصية وأخلاقيات المنظمة بعدم توظيف أحد فوق مستوى الإدارة المتوسطة ممن لا يعتنق ذلك المذهب، ونتناول حكمة وحصافة تلك السياسة في الفصول القادمة، يكفي القول أن هناك احتمالاً كبيراً –غير مرغوب فيه في منظمات الخدمات الصحية الحديثة المعقدة– بوجود فجوة بين فلسفة المنظمة وفلسفة مديريها، ولكن يبقى مدى التطابق أو التماثل المنشود بين تلك الفلسفات غير واضح. ومن الأرجح أن يكون لفلسفة

المنظمة وقيمها -المنعكسة في ثقافتها- تأثير أكبر في تطوير الأخلاقيات الشخصية لدى المدير اليافع قليل التجربة. لأنه ومثل جميع الناس قد يصبح المديرون متصلبين ومتشبثين بأفكارهم وطرقهم.

الخاتمة

يستخدم المديرون الناجحون في حل المشكلات -ضمنياً أو صراحة- منهجية مشابهة لتلك المستعرضة في الشكل (٤). ويتطلب حل المشكلات الأخلاقية بفاعلية العناية ذاتها وطريقة مشابهة، فلا يستطيع المديرون أن يتجاهلوا المشكلات الأخلاقية بل عليهم المشاركة في حلها، إلا أنه في غاية الأهمية فصل الأبعاد التقنية والإكلينيكية عن البعد الأخلاقي. لا يعني ذلك أن مديري الخدمات الصحية يحلون محل الأطباء أو الموظفين الإكلينيكيين الآخرين أو ينوبون عنهم عند وجود الأخلاقيات البيوطبية، بل يعني ذلك أنه على المديرين في سعيهم نحو تفعيل مبادئ الفضيلة التي نوقشت في الفصل الأول المشاركة الفعالة في حل جميع أنواع المشكلات الأخلاقية. إنه من طبيعة عملهم أن يؤدي المديرون دوراً قيادياً محفزاً، يلائم عمل المدير كضمير للمنظمة، ودوره كوصي أخلاقي في موقع أخلاقي قيادي. أما من جهة الأخلاقيات الإدارية فلا يستثني دور المدير البارز مشاركة الأطباء أو يستبعدهم.

لدى المديرين الناجحين أخلاقيات شخصية متطورة ومنظور واضح للقضايا الأخلاقية الإدارية والبيوطبية، تم تحديد تلك الأخلاقيات بالاعتماد على مجموعة متنوعة من المصادر، فلا يمكن نحت الأخلاقيات الشخصية من الحجر في معزل عن التأثيرات الخارجية بل تتكون وتتبلور على مر الوقت. ولكن رغم أن رؤية الشخص الأساسية للعالم والكون تبقى ثابتة نسبياً، إلا أن التجارب والنضج والتطورات والتقدم التقني لابد أن تؤثر في أخلاقياته الشخصية.

الهوامش:

1. Paul B. Hofmann. (1995. November/December). Performing an ethics audit. Healthcare Executive 10(2), p. 47.
2. Frank Harron, John Burnside, & Tom Beauchamp. (1983). Health and human values (p. 4). New Haven, CT: Yale University Press.
3. David E. Berry & John W. Seavey. (1984, March/April). Reiteration of problem definition in health services administration. Hospital & Health Services Administration 29(2), p. 58.
4. Ibid., p. 59.

الجزء الثاني

توجيه صنع القرار الأخلاقي

من المشـكلات الهامة في الأخلاقيـات الإدارية والبيوطبيـة التطبيقية أن عوامل متعددة مكتوبة وغير مكتوبة تؤثر في سـلوك الإدارة، تلك العوامل هي مزيج من الفكر والذكاء، والتجربة، والتعليم، والعلاقات، ومما ينتج عن ذلك -عامةً- ضوابط للسلوك الشخصي غالباً ما تكون غير واضحة المعالم. وقد يدفع دمج أخلاقيات شخصية غير واضحة المعالم -مع تسـامح مع الآراء المتفاوتة- المديرين إلى تصور عدم وجود إجابة منفردة مثالية للتساؤلات حول الأخلاقيات الإدارية والبيوطبية. وبسبب افتقارهم إلى أخلاقيات شخصية واضحة ومحددة لا يجد المديرون ما يرشدهم ويهديهم في سعيهم للإجابة عن تساؤلات أساسية حول الأخلاقيات المعيارية، مثل «ما ينبغي عليّ فعله؟». إن أسـلوب وطريقة تفكير الأخلاقيات الشخصية تساعد المديرين على غربلة التوجيه والإرشـاد المبهم والمتناقض ويمكنهم من القيادة وتشكيل فكر موحد، لا أن تتم قيادتهم وقولبتهم هم أنفسهم.

إن الأسـاس في الأخلاقيات الشـخصية المحددة النشـطة هو القدرة على تحليل الـذات والتأمـل والاسـتبطان، ويجب على المديرين الذين يسـعون إلـى فهم وصقل أخلاقياتهم الشـخصية طرح تساؤلات مثل: "من أنا؟" و "ماهي النتيجة النهائية التي أسعى إليها؟" و "إلى أي مدى أستطيع أن أتحمل سلوكاً محدداً؟". وقد أكد أفلاطون أن الحيـاة التـي لا يمكن اختبارها وتقصي أبعادها لا تسـتحق العيش، وهذا صحيح أيضاً بالنسبة للأخلاقيات الشخصية.

يعـد مديرو الخدمات الصحية - بطبيعة عملهم - قادة المجتمع، ويثير هذا البروز والمكانة تساؤلات لدى المديرين (وللمهنة بصفة عامة) حول التمييز والفصل بين الحياة المهنية والحياة الخاصة. فالسـلوك الخـاص الذي يخرق الضوابط الأخلاقية للمهنة وثقافة المنظمة قد يؤدي إلى إجراء تأديبي نظامي. وإضافةً إلى التوتر القائم بين حياة المدير الشـخصية وحياته المهنية، هناك التوتر القائم بين أخلاقيات المدير الشخصية وفلسفة المنظمة. إذ تقود فلسفة المنظمة ورسالتها، معطيات تطوير وتنفيذ السياسات والإجراءات والقواعد. ومن أهم القضايا للأفراد والمنظمات، هي الحاجة إلى تجانس فلسفة المنظمة وأخلاقيات المدير الشخصية.

يقترح الفصلان الثالث والرابع تصوراً لتطوير فلسـفة المنظمة ومحتوياتها وفحص أهميتهـا في تقديم الخدمات، كي يتم فحص الضوابط الأخلاقية ودورها في إرشـاد وتوجيه مديري الخدمات الصحية ومساعدتهم على تطوير أخلاقيات شخصية. إضافةً إلى ذلـك يتم في الفصلين القادمين أيضاً تحليل التفاعلات والديناميكية القائمة بين فلسفة المنظمة وضوابط المدير الأخلاقية الشخصية.

نناقش في الفصل الخامس أساليب مساعدة المديرين والمنظمات في حل المشكلات الأخلاقية، كما نقترح اللجان المتخصصة في التركيز على الفئات المختلفة من المشكلات الأخلاقية وكذلك سـبلاً أخرى للمسـاعدة. إذ يسـعى المدير -بصفته قيادياً ووصياً أخلاقياً- للعمل على الحيلولة دون وقوع المشـكلات الأخلاقية وتحديدها وحلها عند حدوثها.

الفصل الثالث

تطوير القيم والرؤية والرسالة المنظمية

يجابـه المديرون في منظمات الخدمـات الصحية مجموعةً من القضايا الأخلاقية والرمزيـة (symbolic)، ويركز هذا الفصل على حاجـة المنظمة لتحديد وتبني القيم والمبـادئ؛ أي أن يكون لها فلسـفة. ويتم تطوير رؤية المنظمة ورسـالتها ضمن إطار تلك الفلسـفة وسـياقها. فيعرض بيـان رؤية المنظمة الأهداف التي تسـعى المنظمة إلى تحقيقها، ويصف بيان رسـالة المنظمة نشـاطاتها المحددة. إن تعريف الفلسـفة المسـتقبلية للمنظمة يقلل الصراع بين القيم إلى الحد الأدنى. إن تسلسـل الفلسـفة فالرؤية ثم الرسالة هو التسلسل المثالي نظرياً، إلا أنه في واقع الأمر، يتم عادةً تعريف الرسالة وتحديدها أولاً، أو أنها قد تنشأ من النشاطات التاريخية في بيئة من الفلسفة الضمنية الناتجة تلقائياً لا الفلسـفة الصريحة المحددة. اسـتُخدم مفهوم "التبصر" (visioning) لأول مرة في منظمات الخدمات الصحية عام (١٩٨٠م) وما زال يستخدم حتى الآن. ويندر وجود منظمة للخدمات الصحية لا تعرض نسخة من قيمها ورؤيتها ورسـالتها وتعلق في البهو الأمامي لمبنى المنظمة. يتنـاول هذا الفصل أهمية تحديد القيم والمبـادئ الأخلاقية التي توفر البيئة المناسـبة لصياغة بيان الرؤية والرسـالة وضرورة انعكاس تلك القيم عبر المنظمة بأكملها.

يقيد رسـالة المنظمة (ورؤيتها) ويقترن بها بالضرورة، عوامل مثل الموقع الجغرافي والحجـم والموارد وجوانـب أخرى لبيئة المنظمة الداخليـة والخارجية. ولا تتأثر تلك العوامل عادةً إلا بمرور الزمن، ويقتضي التغيير الكبير في أي منها مراجعة الرسـالة، حيـث ترتبط كثير من عناصر تلك العوامل مباشـرةً بالقيـم الأخلاقية والمبادئ التي حددتها إدارة المنظمة ومجلس إدارتها. فينبع قرار مستشفى غير حكومي بعدم إجراء عمليات الإجهاض على سـبيل المثال، من تحديد وتقرير أن تلك الخدمات تتعارض مع قيم المستشفى الأخلاقية ومبادئه. كما يثير تقديم خدمات الإجهاض تساؤلات أخرى، يجـب أن تتوافق الإجابات عنها مـع موقف المنظمة تجاه الإجهاض، تسـاؤلات مثل: هـل يتعارض إجراء الإجهاض مع الجهـود التي يفرضها القانون لتوفير العلاج الطبي الـلازم للأجنة الحية المجهضـة؟ تتفادى بعض المنظمات تلك التسـاؤلات والمضامين الأخلاقيـة الملازمة لها بمجرد الالتـزام بالقانون، فيقومـون بتوفير جميع الخدمات

المفروضة قانونياً. ومع أن هذا يساوي بين القانونية والأخلاقية، إلا أن مثل هذا الأسلوب والتوجه يحل المشكلة جزئياً فقط، وذلك لأن القانون قد طوِّر بصورة رديئة في عدة نواحي تبرز فيها المشكلات الإدارية والبيوطبية الأخلاقية.

رغم إمكانية تبني مجلس الإدارة لبيان فلسفي (statement of philosophy) معين يحوي قيماً ومبادئ محددة، فإن ذلك لا يعني موافقة الموظفين عليه وتقبلهم له، وبصفة عامة لا يأبه الموظفون في المنظمات بتلك الأمور، بما في ذلك المنظمات التي تعمل في حقل الخدمات الصحية، إذ لا يعرف الكثير من الموظفين فلسفة المنظمة، رغم الجهود التي تبذلها الإدارة لنشرها وتعميمها، وحتى لو علم الموظفون بتلك الفلسفة و تمكنوا من فهمها وإدراكها، لا يلتزم بها الكثير منهم. إذا لم يلق بيان المنظمة بقيمها الأخلاقية ومبادئها (الفلسفة) المكتوب والمنشور اهتماماً كبيراً، فلا يستغرب إذاً من أن تلقى الأمور التي كان يجب قولها وذكرها ولكنها لم تنشر اهتماماً أقل. إذ يعد مثل هؤلاء الموظفين المنظمةَ مكاناً للعمل فقط؛ فيؤدون أعمالهم ولا يعنيهم ما يقول مجلس الإدارة أو الإدارة العليا، في سياق أو أهداف تقديم الرعاية. بوجود فجوة واسعة بين الإدارة العليا والموظفين - حيث يمكن حدوث أعمال تخريبية - يندر أن يتحدى الموظفون علانيةً ما يحدث، فلو فعلوا ذلك لكانت النتائج وخيمة والآثار سيئة.

لا بد من الأخذ في الاعتبار أن فاعلية المنظمة سترتفع بشكل أكبر لو أنها بنيت وأنشئت على نظام واضح مفهوم من القيم والأهداف المشتركة. فإن هدفاً تم توضيحه وتبيانه للموظفين وتقبلهم له مثل «لنعد الرعاية إلى العلاج» - تدعمه الموارد المتاحة لتحقيقه يمكن أن يحقق للمنظمة الكثير من المكافآت من خلال تحسين الكفاءة وتحسين رعاية وعلاقات المرضى. إن تحريك الموظفين ودفعهم في نفس الاتجاه - اتجاه معلوم مسبقاً ويدرك الجميع أهميته للمنظمة - يؤثر تأثيراً إيجابياً محموداً في توجهات ومواقف الموظفين بالإضافة إلى رفع إنتاجيتهم وفعاليتهم.

تطوير فلسفة المنظمة:

إن نقطة البداية لمنع حدوث المشكلات الأخلاقية في المنظمة - أو إن لزم الأمر لحلها - هي فلسفتها، إذ يحدد بيان الفلسفة القيم والمبادئ التي تعكس الحق والباطل الأخلاقي للمنظمة، وبالتالي تميز المقبول من غير المقبول. ومن المفيد أن يكون بيان الفلسفة دقيقاً بحيث يمكن قياس التقدم والأداء نحو تحقيقها، وعلى أقل تقدير يجب أن يكون بيان الفلسفة متطابقاً مع القانون.

يختلف بيان الفلسفة عن بيان الرسالة ويجب تطويرهما على انفراد، يوفر بيان الفلسفة إطاراً لبيان الرسالة، ويتبعه بيان الرسالة. وتتضمن بعض المنظمات إشارات للقيم في بيانات رسالاتها، إن بيان الرسالة الذي ينص على أن «الشركة تملك وتشغل المستشفيات لتوفير الرعاية للمرضى والمصابين» لا يوفر أي معلومات عن بيئة الرعاية الأخلاقية، أما بيان الرسالة الذي ينص على أن « يوفر المستشفى الرعاية للمرضى والمصابين في بيئة المبادئ الإنسانية» فرغم عدم دقته إلا إنه يوفر قيماً أو بيئةً أخلاقية أوضح من الأول.

توجد عادةً لدى منظمات الخدمات الصحية - التي ليس لديها فلسفة مكتوبة حددة - فلسفة عملية أو تشغيلية يمكن تحديد معالمها. تعكس مجمل القرارات والأفعال التي يتخذها مجلس الإدارة والإدارة أساسات فلسفية ضمنية غير محددة، وقد تكون -أحياناً- نشاطات وأفعال الإدارة متناقضة أو متنافرة، مما يشير إلى ناحية سلبية أخرى لعدم تحديد فلسفة منظمية شاملة من بداية الأمر. يؤدي عدم الاستمرارية هذا والتغاير إلى بروز سياسات وإجراءات وقواعد متناقضة تقود في المحصلة النهائية إلى تناقص الكفاءة، والأهم من ذلك -أيضاً- أن الرسائل المختلطة والمتناقضة التي تصل الموظفين تثير البلبلة والحيرة لديهم وتحبطهم، مما يؤدي إلى خفض التركيز على المريض وعلى جودة الرعاية.

أصبحت أهمية القيم المحددة المشتركة في المنظمات معروفةً الآن، علماً أن تفعيلها ما زال أقل مما ينبغي، إلا أنها كانت من المفاهيم الحديثة في بداية الثمانينات الميلادية من القرن الماضي، وقد اقترحه (بيترز ووترمان) (Peters and Waterman) في دراستهما عن الشركات الأمريكية الناجحة[1]. كان المحفز في استنتاجاتهما المقولة التي تنسب إلى رئيس شركة آي بي إم السابق (توماس واتسون الابن) الذي قال: «لفلسفة المنظمة الأساسية أثرٌ على إنجازاتها أكبر وأهم من الموارد التقنية أو الاقتصادية، ومن هيكل المنظمة و ابتكاراتها و توقيتها» كان سياق تلك المقولة التركيز على خدمات العملاء التي كانت هي محور سمعة الشركة ونجاحها المالي آنذاك. إذا كان للعملاء والخدمات أهمية عند آي بي إم التي تمتاز وتعرف بأنها منظمة تعتمد على المنتجات، فما بالك بأهمية العملاء والخدمات في الرعاية الصحية. يبين الشكل (٥) مركزية القيم المشتركة، وهو ما يعرف بإطار (٧-S) الذي طورته منظمة ماكينزي الاستشارية.

حدد (ديل وكينيدي[2]) (Deal and Kennedy) أيضاً مواصفات الشركات الناجحة كالتالي:

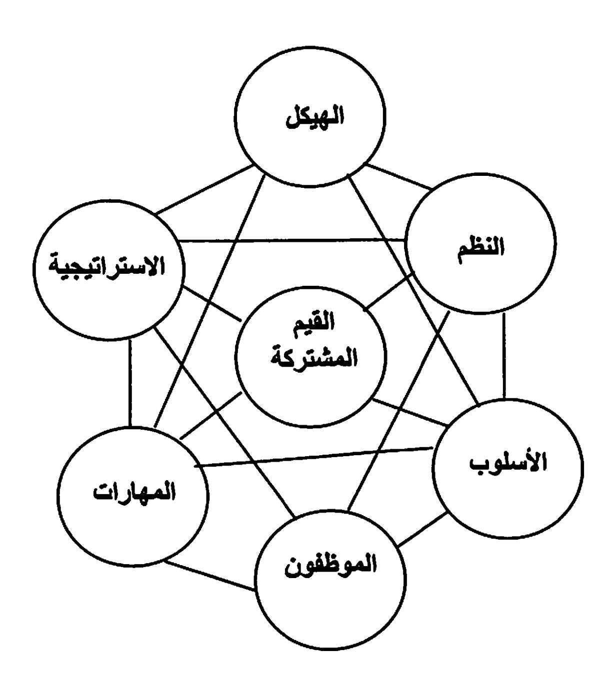
- أنها تمثل شيئاً ما وترمز له- أي أن لديها فلسفةً واضحةً صريحةً حول نواياها بخصوص كيفية القيام بأعمالها.
- تبذل الإدارة جهداً وتضع أهميةً على تشكيل وضبط وشحذ تلك القيم لتوائم بيئة الشركة الاقتصادية والمهنية وتبثها خلال المنظمة.
- يعرف تلك القيم ويشارك فيها جميع العاملين في الشركة، من عمال خط الإنتاج إلى الإدارة العليا.

حدد ديل وكينيدي[٣] انطلاقاً من أهمية القيم المشتركة أو الفلسفة التي تشكل ثقافة المنظمة، العناصر الجوهرية لثقافة المنظمة وهي: ١) فهم بيئة العمل والاندماج فيها، وهذا هو أهم المؤثرات في تشكيل ثقافة المنظمة، ٢) القيم، وهي المفاهيم والمعتقدات الأساسية في المنظمة، ٣) الأبطال الذين يجسدون قيم الثقافة وهم المثل الأعلى للموظفين، ٤) طقوس وشعائر تبين للموظفين السلوك المتوقع منهم، ٥) مراسم توفر مثالاً مرئياً قوياً لما تمثله الشركة، ٦) الشبكة الثقافية، وسيلة أساسية (غير رسمية) للتواصل ضمن المنظمة تنقل وتنشر قيم الشركة وأساطير بطولاتها.

في شرحه الإضافي عن الثقافات المنظمية ذكر كينيدي[٤] ما يلي:

الثقافة ليست شيئاً بمفرده، فهي ليست ميزانية، ولا خطة، ولا شكل المبنى، إنها نمطٌ مترابط متكامل لكل ما يحدث في المنظمة في مجرياتها اليومية. ولكل شركة ثقافتها المميزة وقيمها ومعاييرها التي تنتشر داخلياً من خلال الأسلوب والملبس والتوقعات والافتراضات.

يعرف حديثو الانضمام إلى مكان العمل ما المتوقع منهم، لأن زملاءهم يأخذونهم جانباً ويقولون: «أنصت لي، لا تلبس الملابس غير اللائقة، واحضر إلى العمل في الموعد المحدد، أو افعل هذا أو ذاك» ويوضحون بعض قواعد السلوك غير المكتوبة المطلوبة للدخول إلى مكان العمل، هكذا تبث الثقافة نفسها لكل جيل جديد من الأشخاص، فلا يحضرون ويبتدعون أسلوباً جديداً للمنظمة بل يحضرون ويتعلمون ممن حولهم ما يجري في المنظمة وما هو السلوك المتوقع منهم.



الشكل (٥): إطار S-٧ لماكينزي (من مكينزي وشركاه المحدودة نقل بإذن)

ترتبط قيم المنظمة بثقافتها ارتباطاً وطيداً، ولكي تتمكن الإدارة من تحويل المنظمة بحيث تصبح ثقافتها انعكاســاً حياً للقيم التي تسهل الرسالة والرؤية وتمكنهما، عليها أن تعــرف القيم الموجودة في الثقافة. ويشــبه هذا وضع البيضــة والدجاجة، أيهما وجــد أولاً، وبغض النظر عن أيهمــا الأول، على الإدارة أن تفحــص الثقافة عن كثب بطريقة لا تختلف كثيراً عن التدقيق والمراجعة المالية، إلا أن ما يتم تدقيقه ومراجعته هو قيم المنظمة. بالإمكان اســتخدام مقاييس مباشــرة لذلك؛ مثل الملاحظة المباشرة واستطلاعات آراء الموظفين ومقابلات الموظفين عند تركهم الخدمة وجماعات التركيز، وتشمل قياســات الثقافة أموراً مثل استطلاعات رضا المرضى، ومسوح مناطق خدمة المنظمة، ومهما كانت الطرق والأســاليب المستخدمة لا تتمكن الإدارة من تحويل ثقافة المنظمة بفاعلية تذكر، إلا بعد معرفة محتواها وتوجهها الحاليين.

تشــكل عوائق تأســيس ثقافة منظمية قويــة في جميع المنظمات مشــكلةً خاصةً لمنظمات الخدمات الصحية، وتشمل تلك المعوقات[5] في المستشفيات ما يلي:

- على المستشفيات خدمة احتياجات طبية مختلفة لمجموعة سكانية متنوعة.
- عدد المتغيرات الخارجية (القوى خارج المنظمة وتؤثر فيها) أكبر بكثير للمستشفيات منه في أي مؤسسة تجارية أخرى.
- يصعب تحديد وقياس مخرجات المستشفى.
- يصعب تغذية الحس والشعور بالملكية والاهتمام الشديد بالأفكار والمبادرات الفردية بين منسوبي القيادة والإدارة على جميع المستويات.
- أعضاء مجلس إدارة المستشفى لا يساهمون بفاعلية في ثقافته.
- لأطباء المستشفى ثقافة فرعية، ويعد تقبل الزملاء، والتقدير، والمشاركة في النشاطات المهنية، و مكانة الطبيب ومنزلته على أساس إسهاماته المهنية وخبراته أكثر أهميةً من ثمرة الانتماء إلى مستشفى محدد.
- تزداد نظم مكافأة الزملاء الدقيقة في التمريض تعقيداً بالبحث العميق عن هوية مهنية.
- يميل موظفو الخدمات المساندة وخاصةً موظفي العلوم الطبية وبشكل متزايد إلى الانتماء إلى هويات مهنية مستقلة عن المستشفى.
- من الثقافات الفرعية الأخرى الموجودة في المستشفيات، الإداريون الذين يقعون في مأزق تسهيل وتمكين تقديم الرعاية الطبية من جهة، وإدارة "شركة" تركز على فعالية التكلفة من جهة أخرى، ونتيجةً لذلك يعزلون أنفسهم عن الثقافات الفرعية الأخرى.

يكمن وراء تلك العوامل ويتضمنها حاجة المديرين إلى أن يروا علاقاتهم مع الموظفين والمرضى بطريقة ثابتة ومتسقة. يبين تناول المديرين لأهداف المنظمة المعلنة حول رعاية المرضى والتعامل معها بشكل سطحي زائف -فيما هم في الواقع يركزون على اعتبارات اقتصادية أو اعتبارات أخرى لا تتعلق بالمرضى- تضارباً جلياً واضحاً لن يخفى على الموظفين، الذين سيستجيبون بدورهم لحوافز حقيقية لا مجرد وعود فارغة وتسويف، لا يكفي أن تكون قرارات وأفعال القيادة ثابتة ومتسقة مع قيم المنظمة، بل يجب أيضاً أن يلمس الموظفون ويدركوا ثباتها، خشية أن يحكموا ويقرروا أن القيادة منافقة. إذا كانت القيم وطريقة إدراكها تتطور مع مرور الوقت، فعلى المديرين أن يلتمسوا المعلومات والتغذية الراجعة ليتبينوا أية فجوة بين ما يقولون وما يسمعه[6] الموظفون.

يجب أن تعرف الإدارة وتفهم الثقافة والقيم في منظمتها، وبنفس الأهمية، يجب أن تعرف الإدارة أيضا، كيف تندمج الثقافة والقيم أو تنحرف عن تلك التي ترغب المنظمة في خلقها. باستطاعة المنظمة أن تقولب الثقافة ولكنها لا تقدر أن تتحرك أسرع مما يرغب أصحاب المصلحة داخل المنظمة، ولا في اتجاهات يعترضون عليها أو لا يدركون أهميتها، فهذا التوافق جوهري وضروري. إن النقطة المرجعية الأساسية لثقافة المنظمة الشاملة والنشاطات الخاضعة لها، هي فلسفة المنظمة وبيانات الرؤية والرسالة المشتقة منها، وتتبع جميع الجهود لتطوير التميز والتفوق من تلك البيانات.

هناك علاقة منطقية تربط بين قوة ثقافة المنظمة وأدائها، أول ملامح ذلك المنطق هو انتظام واتساق الأهداف، إذ تدفع الثقافة القوية الموظفين في مسيرة جماعية مجازية على خط موحد، كأنهم تحت تأثير فيرومون (pheromone) تفرزه المنظمة ويذهلهم بسحره. والثاني هو تعين الثقافة القوية الأداء بخلق سوي غير اعتيادي من التحفيز بين الموظفين، إذ تعطي القيم والسلوك المشترك شعوراً طيباً للعمل في المنظمة ويدفعه الالتزام أو الولاء الناتج عن ذلك إلى بذل جهد أكبر. وثالثاً، تساعد الثقافة القوية الأداء لأنها توفر الهيكل والتحكم اللازم دون الاعتماد على البيروقراطية، التي تضعف التحفز وتقلص الإبداع[٧].

يرتبط رأي الإدارة في موظفي المنظمة ارتباطاً وثيقاً بمفهوم الفلسفة المنظمية وثقافة المنظمة، ويؤكد أهمية رأي الإدارة في موظفيها نظريتا (X) و (Y) التي أسسها (ماكريغور) (McGregor) وهرم (ماسلو) (Maslow) للاحتياجات والنقاط الأربع عشرة التي سردها (ديمينغ) (Deming) ، ومن المرجح أن تكون مشابهةً لرأي منظمة الخدمات الصحية ونظرتها نحو المرضى. ينتشر الخلل الوظيفي في المنظمات التي تعامل موظفيها كخصوم أو كوسيلة إلى غاية، ولا تثق بهم فيما هي تستحثهم على معاملة المرضى بكرامة واحترام، ويرى الموظفون النفاق الكامن في ذلك ويستجيبون له بسلبية. وقد أشار (بيترز ووترمان[٨]) (Peters and Waterman) إلى هذا الموضوع باستشهادهما برئيس شركة آي بي إم توماس واتسون الابن الذي قال: «تكمن فلسفة آي بي إم في ثلاثة معتقدات بسيطة، وأريد أن أبدأ بما أعتقد أنه الأهم؛ وهو احترامنا للفرد، وهذا مفهومٌ بسيط ولكنه يحتل في شركتنا جزءاً كبيراً من وقت الإدارة».

الثقافة بصفتها فيرومون:

تنعكس قيم المنظمة في ثقافتها، فإن كانت إيجابية فإن تلك القيم تجعل المنظمة متماسكة، ويعزز التطابق الناتج فعالية تشغيل المنظمة ورسالتها.

تتواصل الحشرات وتتجاذب وتتنافر باستخدام الفيرومونات (pheromones) (وهي مواد يفرزها كائن حي فتؤثر في سلوك كائن آخر)، ويعد النحل والنمل أكثر مجتمعات الحشــرات تنظيماً والتي تستخدم الفيرومونات لأداء العديد من المهام اللازمة للنجاة والازدهــار، وقد يكون النحل أكثر ما تمت دراســته من مجتمعات الحشــرات المنظمة وفهم أسراره.

مــن عدة جوانب تعد ملكة النحل هي الخلية، فهي محور الاهتمام ولديها حاشــية من النحلات المرافقات التي تتمحور مهمتها في تغذيتها ورعايتها ودعم عملها. الملكة جوهريــةٌ لبقاء واســتمرارية القفير إذ هــي الوحيدة التي تضع البيــض الذي يمكّن مستعمرة النحل من النجاة والاستمرار، ولكنها أيضاً تؤدي دوراً حيوياً آخر، فهي التي تربط المستعمرة في وحدة اجتماعية منظمة، وتفرز كل ملكة فيرومونات مميزة فريدة تنتشــر في القفير بحركة أجنحة النحل المســتمرة، تمكن تلك الفيرومونات النحل من التعــرف على الملكة وعلــى بعضهم البعض، فيتعرف الحراس مــن النحل على مدخل القفيــر على كل نحلة تحاول الدخــول من رائحتها ويعرفون أنها جزء من هذه الخلية. أما النحل الغريب الذي يأتي من قفير آخر "لســرقة" العســل فيطرد، وعند تقصي الخطر يفرز النحل فيرومون الإنذار وتتأهب الخلية بأكملها للدفاع عن نفسها.

أمــا العاملات من النحل اللاتي خرجن للتو من القرص الذي تنمو كل واحدة منهن فيــه من بيضة وتتطور إلى يرقــة ثم إلى خادرة قبل التحول إلــى نحلة، فيؤدين مهام تنظيــف القفير وخدمته ورعاية اليرقات لبضعة أيام حتى يكتســبن النشــاط الكافي للعمــل في الحقل على جمع رحيق الأزهار. ولدى العاملات اليافعات خلايا شــمعية نشطة ويستخدم الشمع الســائل الذي تفرزه لصنع القرص السداسي المعروف، حيث تضع الملكة بيضها في ذلك القرص، كما تســتخدم أقراصٌ أخرى لخزن حبوب اللقاح وخبز النحل (مزيج من العســل وحبوب اللقاح لإطعــام اليرقات) وأيضاً الرحيق الذي يحول إلى العســل، وعندما ينضج العسل يُســد القرص الذي يحويه بغطاء شمعي، و يمكن خزن العسل إلى أجل غير محدد بسبب خصائصه المضادة للجراثيم.

يــؤدي النحل مهامه غريزياً فــلا يتضح وجود أي تحكم أو ســيطرة عليه، كما أن متوســط حياة النحلــة خلال فصل الصيف لا يتجاوز خمســة وأربعين يوماً لذا لا بد أن يكــون نموها وتطورها ســريعاً، وعندما تقوى على الطيــران تصبح العاملات على نظافة القفيــر ورعاية اليرقات عاملات ترعى في الحقــول بحثاً عن الأزهار المنتجة للرحيــق وتحمله إلى القفير في معدة العســل حيث تضيف إليه إنزيمات (enzymes)

تحول الكمية الضئيلة من الرحيق إلى العسل الذي يتغذى عليه القفير ويستسيغ طعمه الناس. وفي أثناء جمعها للرحيق، تلقح النحلات أزهار النباتات و الأشجار التي تنتج تشـكيلةً كبيرةً من الطعام الذي يستهلكه البشر، وقد لا يمكن إنتاج قرابة ثلاثين بالمئة من المحصول الغذائي الأمريكي بدون الحشرات الملقحة وبخاصة النحل.

ما هي أهمية الفيرومون الذي يربط خلية النحل، لمدير الخدمات الصحية الحديثة إذاً؟ ببسـاطة؛ ما نظام قيم المنظمة إلا استعارة لفظية وتشبيه للفيرومون الذي تفرزه ملكـة النحل. فـلا توجد ملكة نحل في منظمات الخدمـات الصحية (رغم أن بعض الحالات قد تشـير إلى غير ذلك). إلا أنه توجد في المنظمات هرمية وتسلسل إداري لـه صفات مشـابهة، وفق هذا التشـبيه، يفرز المديرون - وبخاصـة الأعلى مركزاً - فيرومـون القيـم، ويتعرف العاملون في المنظمة على بعضهـم البعض من خلال نظام قيمهم الشـخصية، أو أخلاقياتهم الشخصية التي تربطهم بالموظفين الآخرين وتعكس نظـام قيم المنظمة. ويمكُن نظام القيم الإيجابي المنظمة (الخلية) من الازدهار وإنتاج المخـرج الذي يؤدي إلى نجاحها. في حال النحل يغذي العسـل القفير، وتغذي رعاية المرضـى منظمات الخدمـات الصحية التي تتلقى دخلها الـذي يمكنها من الازدهار، تنعم منظمة الخدمات الصحية التي تقدم خدمات عالية الجودة برضا عملائها الذين يعودون لها لتلقي العلاج ويوصون الآخرين بها.

محتوى بيان الفلسفة:

المحتـوى المنظمي: تؤسـس القيـم والمبادئ المصرح بها في فلسـفة المنظمة إطاراً أخلاقياً لصياغة رؤيتها ولرسـالتها. فتوفر الفلسـفة سـياقاً وقيماً عاملة، إذ تعطي الحيويـة والمعنى للخدمـات الصحية، وتـدرك أن تلك القيم هي فريـدة وتمثل أكثر من توفير منتج أو تقديم خدمة. تشـتق السياسـات والإجـراءات والقواعد من بيان الرسالة وهي التي تفعل المنظمة. تختلف الأساليب والتوجهات التي تتخذها منظمات الخدمـات الصحية، فعادةً تركـز تلك التي تعتمد على المذهبيـة والإيمان على القيم والمبادئ الأخلاقية، ولكن الالتزام بالقيم والمبادئ الأخلاقية ليس حصراً على المنظمات الدينية، فقد بينت الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية (الهيئة المشتركة) أهمية الإطار الأخلاقي وحددت تسعة عناصر معينة له.

سـوتر هيلث هـي نظام ضخم للخدمـات الصحية في السـاحل الغربي للولايات المتحـدة الأمريكية، وتشـمل قيمه الأمانة والنزاهة والتميز والجـودة العالية والإبداع

ويسر التكلفة وعمل الفريق والشفقة والعناية بالمجتمع[10]، ونعرض رسالته ورؤيته وقيمه فــي الملحق (أ)، وتعكس تلك القيم المبــادئ الأخلاقية وبعض الفضائل التي طرحناها في الفصل الأول.

ترينيتــي هيلــث هو نظام غير ربحــي للخدمات الصحية يرتبط بالكنيســة، يوفر خدمــات صحية تمتد من الرعاية الحادة (الحوادث والأمــراض المعدية) إلى الرعاية طويلة المدى (الأمراض المزمنة) وكذلك مأوى للحالات الانتهائية الميئوس من شــفائها. ولديها الثلاثية التقليدية وهي الرســالة والرؤية والقيم، وتشمل القيم الجوهرية لهذا النظام، الاحترام والعدالة الاجتماعية ورعاية المعوزين ومن لا يتلقون الرعاية الصحية الكافية والامتياز[11]، ونعرض رســالة وقيم منظمة ترينيتي هيلث الجوهرية ورؤيتها في الملحق (أ).

يضم مركز جامعة جورج واشنطن الطبي مستشفى تعليمي وكلية طب وكلية تمريض وكليــة للصحة العامة ومجمع عيــادات خارجية للأطباء، ورســالة المركز هي التعليم بإبداع وتفان، والمداواة بجودة عالية ورحمة والاكتشــاف بخيال وابتكار، أما رؤيته فهي تحســين صحة ورفاه مجتمعاتنا المحلية والوطنية والعالمية، ونبين عناصر رؤية المنظمة في الملحق (أ)"[12].

مركز ماونتن فيو الطبي الإقليمي هو مستشــفى متوســط الحجم في مدينة لاس كوسيس في ولاية نيو مكسيكو الأمريكية، وتحدد رسالته وتبرز ثلاثة عناصر هي بيئته التي تســتهدف تقديم الرعاية والعناية، وكذلك فريقه الطبي وأخيراً خدماته المتميزة، وتشمل قيمه المعلنة السلامة والرحمة وعمل الفريق والكفاءة[13]، ونعرض بيانات رسالة ماونتن فيو ورؤيته في الملحق (أ).

مايــو كلينيك هو مجمع ضخم للممارســة الطبية الجماعية متعددة الاختصاصات، يُشغل مستشفيات وكلية طب ويُجري البحوث ويمارس التعليم العالي الطبي، أما قيمته الأساسية فهي «احتياجات المريض في المقام الأول» وتشمل المبادئ الجوهرية الممارسة والتعليــم والبحوث والاحترام المتبادل والالتزام بالجودة و جو العمل والالتزام المجتمعي والالتزام المالي[14]، ونعرض رسالته وقيمه ومبادئه في الملحق (أ). سنرايز سينيور ليفينغ هي منظمة ربحية لا دينية توفر سلســلة متكاملة من الخدمات للمسنين وتشمل قيمها الجوهرية العاطفة والســرور في تقديم الخدمات والإشــراف على المرضى والاحترام والثقة[15] ونعرض رسالتها ومبادئ الخدمة فيها وقيمها الجوهرية في الملحق (أ).

العلاقة مع المرضى:

لا يمكــن تصور منظمــة للخدمات الصحية لا تحدد دورهــا إزاء المرضى في بيئة تتصف باحترام الأشخاص والإحســان وعدم الإضرار والعدالة، إضافةً إلى الفضائل التي ناقشناها في الفصل الأول. تفرض تلك القيم تقديم الخدمات الطبية للمرضى باحترام وبطريقة تحفظ الكرامة الإنسانية وتعززها، وعلى الموظفين إدراك مسؤولياتهم وواجباتهم نحو المرضى بهذا الصدد، فالمرضى هم ســبب وجود المنظمة أساساً وتُبذل جميــع الجهود وتُوجه لتلبية احتياجات المرضى من خــلال تقديم خدمات آمنة عالية الجودة.

أكد (وليامس ودونيلي)(Williams and Donnelly)[١٦] أن المســؤولية تجاه المرضى تحتل الأولوية فوق جميع الواجبات والعلاقات الأخرى في منظمات الرعاية الصحية. فقد كانا من الرواد حين تجرءا على تأكيد أن المسؤولية تجاه المرضى تقتضي أن يبلغهم المستشفى عند تعرضهم لأي أذىً جراء مكروه أو خطأ طبي، وهذا هو المتبع اليوم، بل إن التوقعات تتجاوز ذلك. تشــترط الهيئة المشــتركة أن توفر المنظمات معلومات عن المخرجات غير المتوقعة للرعاية والعلاج والخدمات المقدمة للمرضى، وتنص معاييرها على بيان مدى تورط الممارسين المرخصين المستقلين (وهؤلاء هم عادةً الأطباء) أو من يخولونهم عند وقوع حدث غير متوقع[١٧]. ولا زال الجدل قائماً حول ذلك الشرط، مع أنــه يعد أقل تهوراً وتطرفاً ممــا كان عليه في الثمانينات من القرن الماضي. إن إبلاغ المرضى أو أسرهم - حسب الأنسب - عند حدوث مشكلات خلال المعالجة هو المسار الأخلاقي الصحيح، كما أن هناك براهين متزايدة على أن إبلاغ المرضى أو أسرهم عن وقــوع مكروه أو خطأ طبي يقلل احتمال ســعيهم لإجراء قانوني لأنهم يعتقدون بأمانة وصــدق المنظمــة وأنهم يعاملون بإنصــاف، ولكن ذلك قد لا يغيــر توجهات وقناعات مجالس الإدارة والمديرين والأطباء الذين قد يتوافقون فكرياً مع أخلاقية هذا المستوى من المســؤولية ولكن الكثير منهم ســيتفاعلون بقدر من التشكيك، لأن النظام القانوني يتطلب أســلوباً نزاعياً خصامياً. أخذت الولايات بالتعامل مع الاعتذارات، ففي العام (٢٠١٢م) تدارست ١٢ ولايةً مشاريع قوانين لجعل التعبير عن الأسف والندم وما شابه غير مقبول في المحكمة[١٨]، ونناقش هذه القضية بتفصيل في الفصل الثامن.

مخاطر تنفيذ مثل تلك الفلسفة بليغةٌ اقتصادياً وبخاصة في المنظمات التي يعمل بها موظفون طبيون تطوعاً. مع الأسف فالمنظمات التي تدعم مرضاها وتتجاهل أطباءها تجــازف بتنفير الأطباء وإقصائهم، وهم مورد رزقها ومصدر دخلها الاقتصادي، ومما

لا شك فيه أن ذلك سيثير غضب الأطباء والحل الجلي لهذه المعضلة والسبيل إلى الخروج من هذا المأزق هو غمر الأطباء في ثقافة المنظمة و تشبعهم بها، وذلك بجعل فلسفة المنظمة ونظام قيمها جزءاً من إدراكهم ووجهة نظرهم. وبالتالي سوف يرى الأطباء أن العلاج الإكلينيكي دون المستوى يعرض ثقافة المنظمة للخطر وسوف يعملون معاً هم والمنظمة لمصلحة المريض.

يتطابق الرأي الذي عبر عنه وليامز ودونيلي - وتقره الآن الهيئة المشتركة وعدة ولايات - مع درجة الثقة المرتفعة التي يضعها الجمهور في منظمات الخدمات الصحية، وهو معيارٌ ملائم للواجب الذي يجب أن تؤديه المنظمات بدورها، وللجمهور كل الحق أن يتوقع أن تعاملهم المنظمات ومديروها باحترام وكرامة وأن يسعوا إلى تصحيح الخطأ. يؤدي ذلك بالكثير من المرضى إلى تغيير العلاقة مع المنظمة، لأن حماسة بعض الموظفين واندفاعهم تقلص أحياناً انطباع الاحترام وإدراك أبعاده.

الفرصة الأخيرة:

بينما هي تقوم بإحدى جولاتها العرضية في أقسام المرضى المنومين فوجئت الرئيس التنفيذي (فرانسيس لونغ) برؤية مدير التطوير لمستشفى ريفر بيند (مارك أوكسلي) خارجاً من وحدة الرعاية المركزة. كان أوكسلي مسؤولاً عن التطوير -بما في ذلك جمع التبرعات- لمدة أربع سنوات تقريباً وقد كان فعالاً جداً إذ رفع مبلغ التبرعات من بضع مئات ألوف الدولارات سنوياً إلى أكثر من مليون دولار. تحدثت لونغ حديثاً عابراً مختصراً مع أوكسلي ولكنها تساءلت في نفسها عما عساه أن يفعل في وحدة الرعاية الفائقة؟

أبدت لونغ دهشتها لرؤية أوكسلي في وحدة الرعاية الفائقة لمشرفة التمريض هناك، فأفادتها أنها تعرف أوكسلي لأنه يحضر إلى الوحدة باستمرار ويتحدث إلى المرضى وأسرهم سائلاً إياهم أن يتذكروا المستشفى ويساعدوه ويدعموه بتركة أو بسبل أخرى للتبرع بالمال أو الممتلكات. طلبت لونغ من مشرفة التمريض تفاصيل أكثر وأشارت الممرضة أن هناك بعض الأحداث الإيجابية وكذلك بعض السلبية أيضاً تتعلق بأوكسلي وأعضاء الأسر، إذ إن معظم مرضى وحدة الرعاية الفائقة في حالة مرضية لا تخولهم الحديث مع أوكسلي مما يعني أن معظم محادثاته كانت مع أعضاء الأسر وقد شبهت أحدهم حديث أوكسلي مع

والدها -المريض بمرض عضال- بالعقاب الذي يحلق حول حيوان ينفق، وقد كان أعضاء أسر آخرين أكثر إيجابية وقد أعجبتهم الرعاية في ريفر بند وأفادوا أوكسلي بأنهم سيفكرون بالتبرع للمستشفى.

بدا التماس التبرعات في وحدة الرعاية الفائقة للونغ مبتذلاً، رغم أن المستشفى بحاجة دائمة للتبرعات إلا أنها تساءلت عما إذا كان سلوك أوكسلي تجاوز حدود السلوك الأخلاقي، إذ إنه حتماً تجاوز حدود الأدب.

سلوك أوكسلي غير ملائم لأنه يعامل المرضى (وأسرهم) كأشياء لا كأشخاص يستحقون الاحترام، وينبغي على (لونغ) نصح (أوكسلي) بمراجعة رسالة وقيم مستشفى ريفر بند، والتي تتناول التوقعات والسلوك الملائم في مثل هذا الوضع، وأن عليه أن يمارس مهمة جمع التبرعات ضمن سياق ومتطلبات رسالة المستشفى كما أن عليه أن يفعل ذلك بطريقة لا تؤثر سلبياً على المرضى وأسرهم.

العلاقة مع الموظفين:

يحق لطاقم المستشفى، الموظفين منهم وغير الموظفين (عادةً الأطباء) ما يحق للمرضى من المعاملة باحترام ووفاء. فطاقم المستشفى هم أهم أصول المنظمة لأنهم في المحصلة النهائية هم الذين يقررون كيفية تقديم الخدمات. وكما هو الحال مع المرضى، يجب أن لا تتم معاملة طاقم المستشفى كمجرد وسائل لتحقيق غاية. تتضح الجوانب الأخلاقية لهذه العلاقات في سياسات المنظمة وتشمل الأمثلة عليها تقييماً مقبولاً ومنصفاً لأدائهم مع ضرورة معرفتهم المسبقة بمعايير التقييم، وضمان أنها تطبق بالعدل والمساواة. فلا بد من الجهود الصادقة والصريحة لاستبعاد التقلب في القول والفعل، والتعسف والتحامل والمحاباة في صنع القرارات المتعلقة بالموارد البشرية (القوى العاملة)، والإجراءات العادلة في معطيات الشكاوى والتظلم والإجراءات التأديبية، وكذلك تحديد الخصائص والقدرات المطلوبة لكل منصب ثم ملاءمة الموظفين ومطابقتهم لها[١٩]. تشير تلك الاعتبارات الأخلاقية في علاقات الموظفين وتدل على وجود الإدارة الجيدة وتؤكدها. يكون الموظفون -الذين يعتقدون أنهم يعملون في بيئة أخلاقية- أكثر ولاءً لرب العمل بستة أضعاف من أولئك الذين يعتقدون أن رب عملهم غير أخلاقي، ولا بد من إيصال قيم المنظمة للموظفين وإبلاغهم بها، وأن يروا أن أفعال الإدارة تتوافق مع تلك القيم المعلنة[٢٠].

يحتل الموظفون مركزاً غير متساوٍ في النفوذ مع المنظمة والمشرفين، إذ إن علاقة التوظيف تحد من حرياتهم في السلوك، وبناءً على ذلك - مثلاً - يعد اقتراض المدير مالاً من الموظفين غير أخلاقي، لأن مثل هذا الفعل يعرض مصداقية المنظمة للشبهة، بل يعكس عدم احترام للموظفين الذين يتم استخدامهم كوسيلة لتحقيق غاية، وكذلك يعامل الموظفون أيضاً بعدم الاحترام إذا اضطروا إلى القيام بنشاطات مرتفعة الخطورة (مثل رعاية مرضى الأمراض المعدية) بإجراءات ومناهج لم تطور جيداً، أو بدون التدريب أو المواد أو المعدات الملائمة للقيام بتلك النشاطات. هذا المثال هو من الحالات النادرة التي تتجاوز فيها فضائل الولاء والعدالة نحو الموظفين على واجب الإحسان للمريض وتتفوق عليه، وكذلك على مبدأ عدم الإضرار وهو قرار يدعمه التفاضل النفعوي (utilitarian calculus).

الأطباء هم ماء الحياة الاقتصادي لمنظمات الخدمات الصحية، وفي أغلب الأحيان يتواجدون بطلب من المنظمة إما كموظفين أو متعاقدين مستقلين، وفي كلتا العلاقتين يُعقِّد وجود هؤلاء المهنيين البارزين تفاعلات المنظمة مع المرضى والموظفين الآخرين. فعلى سبيل المثال، لو برزت قضايا جودة الرعاية فعلى المنظمة تلبية التزاماتها لحماية المرضى وحماية مصالحهم بالتدخل -حسبما يستدعي الأمر- في علاقة الطبيب بالمريض، ولكن المشكلات السياسية والاقتصادية الناتجة التي تواجه مجلس الإدارة والإدارة أدت إلى أن يكون ذلك التدخل على مضض وأقل مما ينبغي.

يجب على الموظفين والهيئة الطبية المشاركة في تطوير فلسفة المنظمة ونصوص رؤيتها ورسالتها. يفيد التوافق بين فلسفات المنظمة والموظفين الجميع، والأهم أنه يفيد المرضى، فالانسجام بين المنظمة وموظفيها ضروري لتطوير ثقافة منظمية قوية وإيجابية.

العلاقة مع المجتمع:

في بعض المناطق الجغرافية يترادف لفظا المجتمع (منطقة خدمة المستشفى) والمرضى (أو المرضى المتوقعين)، ويجب أن تحدد فلسفة المنظمة علاقتها مع المجتمع، أي ما مدى التزامها بتوفير رعاية بأقل من التكلفة أو رعاية مجانية لمرضى برنامج مديكيد (لتوفير الرعاية الطبية للمعوزين) أو لمن لا يتمكن من الدفع؟ وما هو التزامها بتوفير خدمات خلافية مثيرة للجدل كالإجهاض مثلاً؟ تدفع الإجابة مقدماً -على مثل تلك التساؤلات- المنظمة إلى تدارس قضايا مهمة عنها وعن الدور الذي تستطيع

أن تؤديه في المجتمع، ويساعد هذا التقصي في شحذ وصقل فلسفة المنظمة، ويتيح المجال للتأمل ولمساهمة الموظفين في تأسيس ثقافة منظمية وتعزيزها.

خطو الخطوة الإضافية[21]

اتُهمت الإدارة العليا لوكالة الرعاية المنزلية (home health agency) التي تخدم خمس مقاطعات ريفية بالاحتيال الطبي، وأدينت لاحقاً، كانت الوكالة تخدم أكثر من عشرة آلاف مريض ويعمل لديها خمسة وعشرون من الموظفين والمتعاقدين المستقلين. خلال الدعاوى الجنائية المبدئية ضد الإدارة العليا، أدت دعاوى إضافية إلى إفلاس الوكالة. فقد تأخرت الرواتب لعدة أسابيع وفي نهاية فترة رواتب الأسبوعين التاليين لم يتلق الموظفون رواتبهم لأكثر من شهر وكان الكثير منهم من مساعدي الرعاية المنزلية ويتقاضون أقل من تسعة دولارات بالساعة ومعظمهم يعولون أطفالاً.

اجتمع مشرف رئيسي بالموظفين وأخبرهم بمشكلات الوكالة وقرروا الاستمرار في رعاية المرضى، وأقرض بعض المديرين موظفيهم مالاً مع أن ذلك يعارض سياسة الشركة. خلال أسابيع قليلة أفرج قاضي الإفلاس عن المرتبات وعاد ما يشبه الوضع الطبيعي إلى أجواء الوكالة وحفظت استمرارية رعاية المرضى.

يالها من قضية مثيرة! لقد طور موظفو وكالة الصحة المنزلية ثقافةً قويةً من الإحسان وعدم الإضرار والولاء والشرف، وهي مبادئ وفضائل يفتقر إليها أعضاء الإدارة العليا الفاسدة، إذ تعكس أفعال الموظفين -وبفخر- أرقى التقاليد في حقل الخدمات الصحية. إقراض الموظفين المال مخالفة صريحة لسياسة الشركة إلا أنه مبرر أخلاقياً، في ظل ضرورات الوضع والهدف النبيل الذي تم من أجله، ويستحق المشرف والموظفون الثناء على فعلهم المشترك.

العلاقة مع المرافق الأخرى:

تعديل فلسفة المنظمة أمرٌ في غاية الصعوبة إلا أنه يصبح ضرورياً للتأقلم مع تغير البيئة الخارجية. فلا بد أن تتعامل المنظمة بصراحة وصدق وأمانة مع المنشآت الأخرى بما في ذلك المنافسين الحاليين والمحتملين، ولذلك ينبغي لأخلاقيات المنظمة أن تتلاءم

وتتوافق مع المنافسة الفعالة، ويعني ذلك ببساطة أن تتنافس المنظمة بصدق وأمانة دون أي قدر من الاحتيال والتضليل. ما كان هناك في السابق الكثير من المحفّزات التي تدعو منظمات الخدمات الصحية إلى التعاون، إلا أن التغييرات الجذرية التي حصلت في أساليب تقديم الخدمات الصحية وكذلك الضغوط الاقتصادية الجديدة سوف ترغم تلك المنظمات - التي كانت تعمل باستقلالية كبيرة - على الدخول والاشتراك في شبكات أو نظم متكاملة لتقديم الرعاية الصحية. رغم أن الاختلافات الجذرية في الفلسفات الأخلاقية لتلك المنظمات ستؤدي إلى كبح الجهود التعاونية والتقليل من شأنها، وتلك مشكلةٌ يصعب تذليلها وتجاوزها حينما تعتزم المنظمات المذهبية وغير المذهبية الاندماج أوبذل الجهود المشتركة.

تطوير بيان الرسالة:

بيانات الرؤية طموحةٌ وملهمة، وبالتالي فهي تصور ما ترغب أن تكون عليه المنظمة، فتحدد توجه المنظمة وتسطر الخطوط العريضة لدورها ونشاطاتها.

بيان الرسالة هو الجزء التطبيقي من بيان الرؤية، ويفعّل السبل التي يمكن تحقيق الرؤية بواسطتها، وقد تنشأ في بنود التأسيس وهي الوثيقة التي تعرض لتأسيس منظمة الخدمات الصحية بصفتها كيان قانوني. ويفيد بيان الأهداف أو المقاصد التي تكونت من أجلها الشركة في تطوير بيان الرسالة. لقد تم الحديث بتفصيل عن الحاجة لتطابق بيان الرسالة مع فلسفة المنظمة وأن يعكسها، ومن الأمثلة على بيانات الرسالة المبسطة أن جمعية مستشفى عام سوف تقوم بما يلي:

- تأسيس وتشغيل وصيانة المستشفى.
- ممارسة النشاطات التثقيفية المتعلقة بعلاج المرضى والمصابين.
- ممارسة نشاطات تعزيز الصحة والوقاية من المرض.
- إجراء وتعزيز البحوث العلمية المتعلقة برعاية المرضى والمصابين.
- ممارسة النشاطات الأخرى الهادفة إلى تعزيز صحة المجتمع عامة.

والأكثر تفصيلاً من ذلك هي أهداف (بيان رسالة) مستشفى مقاطعة ستيرلنغ[٢٢] التي تشمل عناصر من فلسفة المنظمة وهي:

- إدراك تركيبة الإنسان الاستثنائية المعقدة المتكونة من البدن والروح إضافةً إلى إدراك حق الإنسان الأساسي في الحياة والعمل عليه، وبالتالي فإن مفهوم مستشفى مقاطعة ستيرلنغ للرعاية الشمولية يشتمل على الاحتياجات اللازمة للرعاية البدنية والروحانية والاجتماعية والاقتصادية لجميع المرضى.
- تأكيد أن الأهداف الأساسية لخدماتنا الصحية هي تخفيف المعاناة وإزالتها وتعزيز الصحة وتجديدها بأسلوب مسيحي، يستدعي الجدارة والرحمة والاحترام.
- خلق ورعاية مصدر للقوى العاملة في مجال العلوم الطبية المساندة، من خلال توجيه ودعم تطوير القوى العاملة في مجالات المهارات الفردية والمعرفة والسلوك.
- المساهمة في تطوير الخدمات الصحية المناسبة لمجمل احتياجات المجتمع من خلال التخطيط المدروس محلياً وإقليمياً وبمشاركة المجتمع في المفهوم الصحي.

يتضح من بيان الرسالة أعلاه ما تسعى المنظمتان إلى تحقيقه، إلا أن الفارق المهم هو عدم وجود سياق للقيم في الأول، ولا ترتبط نشاطاته بنظام قيمي أشمل، وفي الثاني سياق فلسفي أعمق.

تصرح المنظمات عن رسالاتها بطرق مختلفة، فيصرح مركزٌ لطب الأطفال أنه سيخدم ويرعى أي طفل بغض النظر عن القدرة على الدفع مقابل الخدمة،إن بيان الرسالة هذا يتضمن فلسفة أن رعاية وعلاج الطفل هي الأساس أما الاعتبارات الاقتصادية فهي ثانوية. تذكر منظمات الخدمات الصحية الدينية عقائدها ومبادئها الدينية، فيما تربط عادةً المنظمات اللا دينية نشاطاتها بدوافع إنسانية، وهنا يتميز مستشفى ستيرلنغ الذي تملكه الحكومة، بإدخال إشارة دينية في بيان رسالته. ونعرض نماذج للفلسفات المنظمية وبيانات الرسالة والرؤية في الملحق (أ).

إعادة النظر بفلسفة المنظمة:

تؤثر البيئة التنافسية تأثيراً كبيراً في الطريقة التي ترى بها العديد من منظمات الخدمات الصحية -التي نشأت من دوافع خيرية- تركيبتها وكيانها. إذ سوف تغير المنافسة والتقارير -التي تنبئ بأرباح كبيرة- الطريقة التي يراها بها الآخرون وبخاصة

المرضى، والمجتمع، حيث يتناقض التنافس الضاري ويتضارب مع الفلسفة والرسالة التاريخية للعديد من المنظمات التي تخدم المرضى والمصابين، وذلك بدافع حس عميق بالواجب والإحسان، لا من الرغبة في تأسيس خطوط إنتاج جديدة وزيادة الأرباح، أو لزيادة حصتها في السوق أو لتعظيم صافي الدخل على التكلفة. لذلك فالمنظمة التي لا تملك القدرة أو الموارد أو العقلية لتغير فلسفتها ورسالتها قد تفشل اقتصادياً ثم تندثر.

انطباع جديد مقبول؟

أسست أبرشية مسيحية مستشفى سيباستيان في عام (١٨٩١م)، وتشمل بيانات فلسفة المنظمة ورسالتها التزاماً كبيراً برعاية المرضى والمصابين بغض النظر عن قدرتهم على الدفع ولم تسبب تلك السياسة أي مشكلات خلال التسعين سنة الأولى، حتى بعد أن اشترى المجتمع المستشفى في عام (١٩٥٠م) استمر في العمل بنفس الأسلوب السابق. صمد مستشفى سباستيان أمام خلافات حول الإجهاض في عام (١٩٧٣م)، فقد حدث التسوية التي تمت حول هذا الموضوع وقيدت المواقع التي يمكن إجراء الإجهاض فيها في المستشفى وكيفية تكليف الموظفين بالعمل عليها.

سببت ضغوط التكاليف المتزايدة خلال السبعينات من القرن الماضي – وتطبيق نظام التعويض المالي من الحكومة الفدرالية لرعاية المسنين والمعوزين بواسطة المجموعات المرتبطة تشخيصياً (DRG) في أوائل الثمانينات – مشكلات مالية عويصة. ولاح في الأفق تطبيق نظام الدفع المحدد مستقبلاً مثل (DRG) على جميع دافعي رسوم الخدمة وأضحى وشيكاً، وهذا النظام لا يسمح بما يعرف بمناقلة التكاليف (cost shifting) (جهة تدفع أقل مما ينبغي، ليوازنها جهة تدفع أكثر مما ينبغي). إضافةً إلى ذلك كانت هناك ضغوطٌ لإعادة هيكلة المنظمة، أوصى مستشارو التخطيط أولاً بمشاريع مثل مبان للعيادات الخارجية، ومواقف للسيارات ونزل، وقد كانت بعض تلك المقترَحات متممةً للرسالة الرئيسية للمنظمة، ورأى الأمناء أن المقترحات الأخرى كانت بعيدةً عنها، طُرح نوع آخر من المشاريع وهو مشروع مشترك مع أعضاء الهيئة الطبية.

تخوف المدير من أن تركيز مستشــفى سيباستيان على الرعاية الذي اســتمر مئة عام ســيتخذ منحىً آخر يختلف جذرياً، و كان يرى أن إدارة المرفــق بجــدارة ومقدرة يختلف تماماً عن كون المديــر رجل أعمال بارز متألق، وتســاءل عما إذا كانت ســمعة الاهتمام والرحمــة والعناية التي اكتســبها المستشــفى بنجاح ســتختفي وتتلاشــى في عاصفة الجهود التســويقية والمشاريع المشتركة؟ وهل ابتعد المستشفى كل البعد عن بيئته وأصبح متنافراً معها؟

توضح هذه الحالة المأزق الذي يواجه الكثير من المستشــفيات غير الربحية، وتؤثر المشكلات ذاتها أو مشكلات شبيهة بها في معظم منظمات الخدمات الصحية حيث إنه يجب عليها أن تتأقلم بسرعة مع ما يحدث من تغيرات بيئية جذرية. تبدو المنافسة بين المؤسسات أقل إشكالية حينما تتواجد في المنطقة أو المجتمع منظمةٌ واحدة من جميع أنواع مؤسســات تقديم الخدمة المختلفة، وحتى في مثل هذه الحالة غير التنافســية، بدأت المنظمات في توفير الخدمات التنافســية. ومن الشائع أن تتنافس المستشفيات مع الأطباء من أعضاء هيئاتها الطبية حيث توفر المستشفيات وكذلك الأطباء خدمات تشخيصية وخدمات مساعدة مرتفعة الربحية في العيادات الخارجية، وقد يعني فقدان الدخل للمستشــفيات إزاء مثل ذلك التنافس الفرق بين البقاء والاســتمرار أوالخراب الاقتصــادي. تضعــف مثل تلك الضغوط الاقتصادية وتحد مــن قدرة المنظمات غير الربحية على الاســتمرار في متابعة رسالاتها التاريخية المتمحورة حول تقديم الرعاية والخدمة لا الربحية.

في بداية الأمر نظر مديرو منظمات الخدمات الصحية إلى التسويق بازدراء وترفع لأنه اســتحضر فــي الأذهان انطباعات عن أفراد وباعة يُشــك فــي نزاهتهم يبيعون خدمات وسلع لا حاجة لها ولا قيمة، إلا أن التسويق أصبح الآن جزءاً مقبولاً بل جزءاً ضرورياً من تقديم الخدمات الصحية. علماً بأنه لا زال من الأفضل أن تركز منظمات الخدمــات الصحية على التوعيــة الصحية والوقاية من الأمــراض والحوادث وأيضاً العلاج، ولكن التســويق هو المحرك الحيوي حالياً الــذي لا يمكن تجاهله، والمنظمات التي تفشل في احتضانه والعمل بقواعده تجازف ببقائها واستمرارها.

لا يناقض التنافس بحد ذاته المهمة والنشاط الخيري، فقد اختلفت البيئة وازدادت المخاطــر وارتفعت المبالــغ المرتبطة بتقديم الرعاية الصحية، ولكــن على المديرين أن يعــدوا تلك التغيرات نوعاً مــن التحدي أو فرصةً لدفعهم إلى رفع مســتوى وفاعلية

أدائهــم. تتيح إعادة الهيكلة الملائمة للمنظمة وكذلك التســويق الفعال إمكانية تطوير مصادر دخل تمكن المنظمة من توفير الخدمات الخيرية.

تكمن المشــكلة الشــائكة فعلاً والتــي يحفها ويكتنفها تضــارب المصالح في بعض المشــاريع المشــتركة بين منظمات الخدمــات الصحية كالمستشــفيات والأطباء ضمن هيئاتها الطبية. إذ يقع الأطباء الذين يكسبون دخلاً -بإحالة المرضى إلى المرافق التي يملكون جزءاً منها أو لهم نصيب من أرباحها- في مشكلة تضارب المصالح الأخلاقي. وقــد بدأت الولايات تحظر علــى الأطباء إحالة المرضى إلى تلــك المرافق أو تأمرهم بالتصريح عن علاقاتهم بها وإعلانها للمرضى. التفت المجتمع الطبي ككل إلى قضية تضــارب المصالح تلــك في عــام (١٩٨٥م) [٢٣]، ومنذ ذلك الحين تم ســن عدة قوانين فيدرالية تحد من إحالة الأطباء للمرضى المســتفيدين من البرامج التأمينية الفدرالية إلى عياداتهم ومرافقهم.

واجه مستشــفى سانت جوزيف - الذي أســس عام (١٨٧٠م) وامتلكه عبر تاريخه مجموعات مختلفة من الراهبات الكاثوليكيات- مأزقاً فلســفياً مختلفاً، فقد بيع عام (١٩٧١م) إلى كريتون ريجونال هيلث كير كوربوريشن (Creighton Regional Health Care Corporation) وهي شــركة غير ربحية ولا ينتســب أعضاء مجلس إدارتها إلى جماعة دينية محددة. شــغلت الشركة المستشــفى بصفته مستشفى تعليمي كاثوليكي لجامعة كريتون، وفي عام (١٩٨٤م) تم توقيع عقد مع أمريكان ميديكال إنترناشــيونال (American Medical International – AMI) وهـي منظومة مستشفيات ربحية، تحصل فيه (AMI) على المستشفى بصفته مستشفى تعليمي كاثوليكي شمولي الخدمة. بناءً على نقل الملكية هذا، أنهت كاثوليك هيلث أسوسييشن (Catholic Health Association-CHA) عضوية مستشــفى ســانت جوزيف لأن «المستشفى لا تشــغله أو تشــرف عليه أو تسيطر عليه أو يقترن بالكنســية الكاثوليكية في الولايات المتحدة الأمريكية[٢٤]» مصطلح (شــمولي الخدمة) هو مربط الفرس، لأن الخلاف حول قرار (CHA) أشــار إلى أســباب أخرى مهمة لم يصرَّح بها دارت حول أخلاقية دوافع الربحية في الخدمات الصحية، وأن مستشــفيات أخرى ضمن منظومة (AMI) كانت تجــري الإجهاض. جادل نقاد إجــراء (CHA) أن دوافع الربحية تتوافق مع رســالة مستشفى ســانت جوزيف وأنه تم دفع ملايين الدولارات فائدة لحاملي سندات قرض المستشفى، الأمر الذي لا يختلف عن دفع الأرباح للمساهمين، إلا أن المستشفى لا زال لا ينتمي إلى رابطة (CHA)[٢٥].

حالة مستشـفى سـانت جوزيف مهمة لأن رابطة (CHA) اتخـذت إجراءً عندما تناقضت أحد المستشـفيات الأعضاء مع فلسفتها ورسالتها، وبغض النظر عن تقييمنا للرابطة إلا أن قرارها كان على أساس فلسفة محددة، وهذا من الأساسيات الجوهرية لأي منظمـة. قد تكون قضايا القيم -الناجمة من اندمـاج منظمات خدمات صحية دينيـة وأخـرى لا تنتمي إلى جماعة دينية- جد جسـيمة، وخاصـةً بوجود قيود على أنـواع من الخدمـات الطبية التي يمكن تقديمها (مثل بعض الخدمات التناسـلية في المستشـفيات المرتبطة بالكنيسـة الكاثوليكية)، والقضية الأكثر تزمتاً هي ما إذا كانت مطالب غير الملتزمين تفوق وتطغى على فلسـفة المنظمـة وقيمها. يقال إن المنظمات شبه العامة في المجتمعات التعددية - كالمستشفيات - لا يمكنها تقييد الخدمات التي يحتاج إليها ويطلبها الجمهور، إلا أن توفير تلك الخدمات يؤدي بالضرورة إلى انتهاك المنظمة لقيمها أو وصاية أخلاقياتها المؤسسـية، وهي ما يسـميها الأفراد من مقدمي الرعاية - كالأطباء - الضمير، وعندما يؤدي تغيير الملكية إلى استبعاد خدمات تناسلية معينة، تحل هذه القضية عادةً بطريقة ماكرة لا تخلو من التحايل، بإقامة مركز مستقل لتوفير تلك الخدمات لا يرتبط مباشرةً بالمنظمة الأم ذات الارتباط الديني.

فهم ميثاق حقوق المرضى:

توفـر مواثيق حقوق المرضى (patient bills of rights) التوجيه والإرشـاد حول العلاقة الأخلاقية الملائمة بين المريض من جهة والمنظمة وموظفيها من جهة أخرى، وقد تختلف المسميات المسـتخدمة لتلك المواثيق ولكن تقوم بنشرها جهاتٌ مختلفة منها اتحاد المستشـفيات الأمريكـي (American Hospital Association) والهيئة المشـتركة (The Joint Commission) ووزارة شـئون قدامـى المحاربين الأمريكية (the U.S. Department of Veterans Affairs) واتحـاد الحريـات المدنية الأمريكي (American Civil Liberties Union)، إضافـةً إلـى ذلـك فقـد طـورت منظمات الخدمـات الصحية مواثيقها الخاصـة. تعكس المواثيق التي تطورها منظمات خاصة موقف القانون حول الخصوصية والموافقة مثلاً ولكنها ليسـت ملزمة قانونياً، وهناك اختلافات فلسـفية كبيرة بين المواثيق المختلفة. تبنى اتحاد المستشـفيات ميثاقاً أول الأمـر في عام (١٩٧٣م)[٣٦] وفي عام (٢٠٠٣م) اسـتبدل الاتحاد الميثاق بكتيب بعنوان: «شراكة رعاية المرضى: إدراك التوقعات والحقوق والمسؤوليات» تبلِّغ هذه الوثيقة التي كُتبت بلغة سلسة بسيطة المرضى بحقوقهم ومسؤولياتهم أثناء تنويمهم في المستشفى، وتحوي أجزاءاً عن رعاية المستشـفى عالية الجودة، والبيئة النظيفة والآمنة، ومشاركة

المرء شـخصياً في قرارات رعايته، وحماية خصوصية المريض، وإعداد أسرة المريض لخروجه من المستشـفى، والمسـاعدة في الفواتير واسـتحقاقات التأمين، كما تتناول إفـادات معينة تتعلق بمعرفة هوية الطبيب والممرضة والمشـاركين في رعاية المريض، بمـا في ذلك مسـتوى التدريب الـذي تلقوه، وإبلاغ المريض بحـدوث أمر غير متوقع أثناء إقامته في المستشـفى، والموافقة على العلاج، ومعلومات عن التفويض الرسـمي وتوجيهات متقدمة، والأخيرة موجهة نحو المريض ولا تنحاز إلى المنظمة بأي حال[٢٧].

تمت صياغة ميثاق[٢٨] اتحاد الحريات المدنية كنموذج لقانون تستطيع الولايات المختلفة أن تسنه، وتُميز هذا الميثاق عن ميثاق اتحاد المستشفيات من الناحية الفلسفية مجموعةٌ من حقوق المرضى أكبر وأكثر تقييداً، ويعد هذا الميثاق المرضى أفراداً مستقلين ويحق لهم المشاركة الكاملة في مجريات الرعاية. فعلى سبيل المثال يفرض الميثاق أن يتمكن المريض وعلى مدار السـاعة من الحصول على خدمات محامي حقوق المرضى ليمثله ويعمـل على ضمان وحماية حقوق المريض الموضحة في الميثاق النموذجي، إضافةً إلى حق المريـض في الحصول على جميع المعلومات في ملفـه الطبي والحق في تفحصه ونسـخه. ويفصل الميثـاق المعلومات التي يجب توفيرها عنـد الحصول على موافقة المريض على تلقي العلاج، مع أن توقعات الميثاق في حماية حقوق المريض غير تقليدية إلا أنها تستحق الدراسة والتدقيق.

يقع ميثاق وزارة شؤون قدامى المحاربين بعنوان «حقوق ومسؤوليات المرضى والمقيمين في دور المسـنين[٢٩]» وميثاق الهيئة المشـتركة بعنوان «حقوق المرضى[٣٠]» فلسـفياً بين ميثاقي اتحاد المستشفيات واتحاد الحريات المدنية، يسلِّم ميثاق وزارة شؤون المحاربين أن بعض المرضى قد يقيمون فترات طويلة في المستشـفيات أو مرافق رعاية المسـنين ولذلك يشمل اعتبارات حول حق المريض في ارتداء ملابسه الخاصة، واستبقاء بعض الحاجيات الشخصية، ورفض استقبال الزوار، وذكر بالتحديد تقرير المريض بالمشاركة في البحوث والاختبارات والمشاركة في قرارات العلاج والأهم من ذلك حق المريض في معرفة جميع نتائج العلاج والرعاية بما في ذلك الأذى المحتمل حدوثه، أما التوجيهات المتقدمـة فلم تحدد إلا ضمنياً. في عام (١٩٩٠م)، شـملت معايير الهيئة المشـتركة مسـؤولية المريض في التعاون مـع مقدمي الرعاية وأكـدت معاييرها للعام (٢٠١١م) حقوق المريض التي يتوقع أن تضمنها المنظمة، مثل الموافقة المستنيرة، وتوفير المعلومات عـن مقدمي الرعاية، ورغبات المريض المتعلقة بقـرارات نهاية الحياة، وواجب احترام وحماية وتعزيز حقوق المرضى وحق الحصول على خدمات الحماية والمحاماة. وتتناول

تلك الاعتبارات أيضاً القضايا الأخلاقية المتعلقة بالبحوث والتجارب الإكلينيكية، ويبدو أن وجهة نظر الهيئة في التزامات المنظمة الأخلاقية نحو المرضى تميل نحو وجهة نظر اتحاد الحريات المدنية.

تضفي الوثائق مثل ميثاق حقوق المرضى الذي تطوره منظمات الخدمات الصحية لهجةً أخلاقيةً للعلاقات مع المرضى وتعمل بمثابة مصدر غير رسمي للقانون في النزاعات، إلا أن فائدة تلك الوثائق محدودة برغبة المنظمة لتبني وثيقة قائمة أو تطوير وثيقتها الخاصة، والأهم من ذلك، تنفيذ الميثاق وتفعيله من خلال كشف محتواه للمرضى وإجراءات رقابية تثبت تطبيقه.

تم سن قوانين تعنى بميثاق حقوق المرضى في ثلاث وعشرين ولاية، وجميعها ترسخ وضع سياسة للتظلم والشكاوى، وأربع منها تحمي الحق الخاص في الادعاء القضائي، وواحدة تفرض غرامات على المخالفين[٣١]. تُغير مواثيق حقوق المرضى التي انبثقت من أوامر رسمية من حكومة الولاية الأوضاع والعلاقات جذرياً، إذ تصبح الاستجابة للقانون وطاعته هي أدنى مستوى مقبول من الأداء، إضافةً إلى أن تلك التشريعات والقوانين تغير العلاقة النفسية فيما بين المرضى والموظفين والمنظمات، ولا يعني ذلك أن الاهتمام بأخلاقيات حقوق المرضى سوف ينحسر، ولكن المواثيق التي تعمل بقوة القانون قد لا تعكس قيم المنظمة، ورغم كل شيء فالمنظمات الأخلاقية تطيع القانون أيضاً.

الإدارة الإستراتيجية:

تؤثر فلسفة المنظمة أيضاً في الإدارة الإستراتيجية (أو التخطيط)، ولا بد من صياغة فلسفة المنظمة بوضوح إذا أريد للأهداف أن تتوافق وأن تُعد بطريقة ملائمة، ولا بد أن ينعكس تصور المنظمة لمسؤوليتها الاجتماعية في فلسفتها المنظمية وبيانات رؤيتها ورسالتها، فقط عندئذ تنتج الإدارة الإستراتيجية.

تصرح فلسفة المنظمة ورؤيتها ورسالتها بالوضع المثالي، أي إنها غايات يتعذر نيلها في صيغها المثالية ولكن يعتقد أن الارتقاء باتجاهها ممكن[٣٢]. لا بد من أن يصلح بيان الرسالة لقياس الأداء وأن يفيد في تحديد طبيعة عمل المنظمة، وأن تنفرد به المنظمة، وأن يكون ذا صلة بجميع المعنيين بأمر المنظمة، كما ينبغي أن يكون مثيراً، ومحفزاً وملهماً. على النقيض من ذلك، ما الرؤية إلا تصوير لفظي لما يريد المعنيون بالمنظمة لها أن تكون[٣٣]، ومن هذا المنطلق، ربما يكون أصعب ما في تطوير إستراتيجية المنظمة هو تحقيق التوازن بين المسؤولية الاجتماعية والأداء الاقتصادي[٣٤].

لم يعد المنظور بأن منظمات الخدمات الصحية هي مؤسسـاتٌ اجتماعية لها بعدٌ اقتصـادي واقعياً، بـل قد تكون البيئة الخارجية أدت إلى عكـس ذلك تماماً، وأصبح حل هذا المأزق والمشـكلات الناتجة عنه فـي صعوبة متزايدة. رغم أن مجلس الإدارة هو المسـؤول الرئيسي عن تطوير الفلسـفة إضافةً إلى بيانات الرؤية والرسالة، إلا أن الإدارة العليا تعد وتفعِّل الخطة الإسـتراتيجية، وعلى جميع المشاركين ضمان التوافق بين فلسفة المنظمة وسياساتها وإجراءاتها وقواعدها المحددة.

تحقيق تطابق الفلسفات:

ينبغي طرح عدة تسـاؤلات عن العلاقة بين أخلاقيات المدير الشـخصية وفلسفة المنظمة، أي إلى أي مدى يجب تطابق الفلسفة المنظمية (organizational philosohy) وأخلاقيـات المدير الشـخصية، وإذا كان ينبغي للمنظمة أن تكـون مجتمعاً من القيم المشـتركة، فهل يجب على جميع المديرين أن يكونوا على اتفاق تام مع الفلسـفة؟ هل تتمتـع فئة المديرين بما يكفي من المهنية ليصيروا فعالين في المنظمة حينما لا يتفقون تماماً مع قيمها؟ وما هي درجة التطابق المرجوة؟ يشـير التفسير الحرفي لكتابات ديل وكينيدي إلى ضرورة تثبيط التباعد الفلسفي، وأن جميع القيم يجب أن تكون مشتركة بين جميع الموظفين بما فيهم المديرين.

تتطلـب بعض منظمات الخدمات الصحية الدينية أن يكون المديرون من المسـتوى المتوسـط فأعلـى من معتنقي ديانـة المؤسسـة الأم، يتضح أنهم يرون أن فلسـفتهم ورسالتهم استثنائية إلى الحد الذي لا يستطيع فيه إدارة منظماتهم بفاعلية إلا إخوتهم في الدين، حقاً إن بعض الفلسفات استثنائية، ولكن يبدو أن هذا الاشتراط مبالغٌ فيه ولا أسـاس له، وإن كانت هذه السياسة تسبب أيضاً الامتثال وتقلص الإبداع فنتائجها سلبيةٌ ووخيمة.

يجب شرح فلسفة المنظمة خلال المقابلة الشخصية مع المتقدمين للتوظيف، وخلال إجـراءات ما قبل التوظيف وتحديد فلسـفة طالب العمل الشـخصية حول الخدمات الصحية وتقديمهـا، إذ تُمكِّن تلك المعلومات كلا الطرفين من الحكم على مدى تطابق فلسـفاتهما، ويجب أن يكون هناك تطابقٌ سـواءٌ كان المتقدم للعمل يعتنق الديانة التي تنتمـي إليهـا المنظمـة أم لا، وذلك لأنه توجـد آراء متباعدة بين الإخـوة في الدين،

وبالمثــل قد لا ترغب المنظمات التــي لا تنتمي إلى فرقة دينية في توظيف أشــخاص قد تحد قيودهم الأخلاقية من المشــاركة فــي خدمات مثل المعالجة بالتخليج الكهربي (electroconvulsive therapy) وفي تلك الحالات يجب معرفة تلك المعلومات سلفاً.

إنه أمرٌ رئيســيٌ مهم أن يتوصل الأشخاص إلى استنتاجات متشابهة عن نشاطات المنظمة وعلاقاتها مع المرضى باســتخدام فلسفة أخلاقية مستقلة عن عقيدة المنظمة الدينيــة، إذ يحقق هــؤلاء المديرون الأهداف ذاتها بمثل فاعليــة الآخرين في المنظمة لأنهم يشــتركون في القيم والفلســفة لا العقيدة، أما المعيــار الحتمي هو التطابق بين فلســفة المنظمة ونتائج القرارات التي يصنعها المدير، علماً أن هناك مؤشرات أخرى، فقــد يحتمل أن يكون من يدعي الحياد الأخلاقي أكبر عثــرة في طريق المنظمة التي تسعى إلى تنفيذ فلسفتها وتقوية وتثبيت ثقافتها.

الخاتمة:

فحص هذا الفصل أهمية الفلسفة أو القيم في تحديد وقيادة رؤية ورسالة المنظمة، فمن تلك الفلسفة والقيم تُشتق السياسات والإجراءات، وهي الأمور التي يتم بواسطتها تفعيل الجوانب التجريدية وأحياناً غير المحسوســة من المنظمة. تنشأ الثقافة القوية للمنظمة من القيم المشتركة، وهي بدورها جوهريةٌ وضرورية لسد الفجوات والثغرات التي قد تحدث في تشــغيل المنظمة وأيضاً لتحقيق فاعلية المنظمة ورفع أدائها. ولكن على الأفراد الذين يعارضون توجه المنظمة وفلسفتها أن يفصحوا عن ذلك، وأن يُبدوا آراءهــم ويعلنوها فتحــول المنظمة وانحدارها إلى بيئة مــن التفكير الجماعي «تفكير القطيع» يخلق جواً من التوتر والإشكالية يؤدي إلى درجة خطيرة من الامتثال والانقياد بسبب الضغوط التي يفرضها زملاء العمل.

تســاعد مصادر مختلفة في تطوير وصياغة فلســفة المنظمة بما في ذلك الانتماء والتوجــه الديني للمنظمة والدوافع الإنســانية الخيرة لقيادتهــا. إضافةً إلى أهمية مواثيــق حقــوق الموظفين والمرضى أيضاً في تطوير فلســفة المنظمة. أياً كان المصدر الذي تستخدمه المنظمة في الوصول إلى الصياغة النهائية لفلسفتها فإن مبادئ احترام الأشخاص والإحسان وعدم الإضرار وكذلك الفضائل المتممة لها جوهرية لفلسفة أي منظمة.

الهوامش:

1. Thomas J. Peters & Robert H. Waterman, Jr. (1982, reissued 1997). In search of excellence: Lessons from America's best-run companies (p. 15). New York: Macmillan Library Reference.
2. Terrence E. Deal & Allan A. Kennedy. (1982, reissued in paperback 2000). Corporate cultures: The rites and rituals of corporate life (p. 22). New York: Perseus Books Group.
3. Ibid., pp. 13–15.
4. Allan A. Kennedy. (1985, October). Corporate values/corporate culture. In Excellence in management: Lessons learned from other industries (pp. 5–7). Report from a special conference for the American College of Hospital Administrators Fellows.
5. Terrence E. Deal, Allan A. Kennedy, & Arthur H. Spiegel, III. (1983, January/ February). How to create an outstanding hospital culture. Hospital Forum 27, pp. 21–28, 33–34.
6. Amy C. Edmondson & Sandra E. Cha. (2002, November). When company values backfire. Harvard Business Review 80(11), pp. 18–19.
7. John P. Kotter & James L. Heskett. (1992). Corporate culture and performance (p. 18). New York: The Free Press.
8. Peters & Waterman, pp. 15–16.
9. Joint Commission Resources. (2011). Ethics framework. Retrieved January 3, 2001, from http://www.jcrinc.com/Chapter-1-Defining-Main-Components/ Developing-and-Implementing-an-Ethical-Infras/Ethics-Framework/.
10. Sutter Health. (n.d.). Our commitment. Retrieved November 1, 2010, from http:// www.sutterhealth.org/about/comben/commitment/index.html.
11. Trinity Health. (n.d.). Mission, values, vision. Retrieved November 1, 2010, from http://www.trinity-health.org/AboutUs/MissionValuesVision/index.htm.
12. George Washington University Medical Center. (n.d.). Our mission. Retrieved January 5, 2011, from http://www.gwumc.edu/about/ourmission.
13. MountainView Regional Medical Center. (n.d.). Mission and values. Retrieved January 6, 2011, from http://www.mountainviewregional.com/About/Pages/ Mission%20and%20Vision.aspx.
14. Mayo Clinic. (n.d.). Mayo Clinic mission and values. Retrieved November 1, 2010, from http://www.mayoclinic.org/about/missionvalues.html.
15. Sunrise Senior Living. (n.d.). Mission, principles of service and core values. Retrieved November 1, 2010, from http://www.sunriseseniorliving.com/the-sun rise-difference/principles-and-values.aspx.

16. Kenneth J. Williams & Paul R. Donnelly. (1982). Medical care quality and the public trust. Santa Monica, CA: Bonus Books.

17. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2004). Ethics, rights, and responsibilities. In Accreditation manual for hospitals. Oakbrook Terrace, IL: Author.

18. National Conference of State Legislatures. (2010). Medical professionals apologies 2010 legislation. Retrieved January 3, 2011, from http://www.ncsl .org/?tabid=21347.

19. Bonnie J. Gray & Robert K. Landrum. (1983, July/September). Difficulties with being ethical. Business 33, pp. 28–33.

20. Study: Ethical climate closely linked to employee commitment. (2000, August 18). ACHe-news.

21. This case was developed from an incident related to the author by Dorothy H. Mitchell, RN, MSHA, Brunswick, Georgia, May 2003.

22. Ed D. Roach & Bobby G. Bizzell. (1990). Sterling County Hospital. In Jonathon S. Rakich, Beaufort B. Longest, Jr., & Kurt Darr (Eds.), Cases in health services management (2nd ed., p. 144). Baltimore: Health Professions Press.

23. Editorial. (1985, September). Dealing with conflicts of interest. New England Journal of Medicine 313, pp. 749–751.

24. Richard L. O'Brien & Michael J. Haller. (1985, July). Investor-owned or nonprofit? New England Journal of Medicine 313, pp. 198–201.

25. Information on the Catholic Hospital Association available at http://www .chausa.org/ home/, and on the Creighton University Medical Center at http:// www.creightonhospital. com/en-us/aboutus/pages/default.aspx (retrieved December 16, 2010).

26. American Hospital Association. (1992, October 21). A patient's bill of rights. Retrieved November 18, 2003, from http://www.hospitalconnect.com/aha/ about/ pbillofrights.html.

27. American Hospital Association. (n.d.). The patient care partnership: Understanding expectations, rights, and responsibilities. Retrieved March 12, 2011, from http:// www.aha.org/aha/issues/Communicating-With-Patients/pt-care-part nership.html.

28. George J. Annas. (2004). The rights of patients: The authoritative ACLU guide to the rights of patients, 3rd ed. New York: New York University Press, pp. 14–16.

29. U.S. Department of Veterans Affairs. (2006). Patient and nursing home resident rights and responsibilities. Retrieved January 5, 2011, from http://www.patient advocate.va.gov/rights.asp.

30. The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Patient rights. Retrieved January 4, 2011, from http://e-dition.jcrinc.com/Browse. aspx?P=2&C=53&Seq=11.

31. Michael K. Paasche-Orlow, Dan M. Jacob, Mark Hochhauser, & Ruth M. Parker. (2008). National survey of patients' bill of rights statues. Journal of General Internal Medicine 24(4), pp. 489–494. The authors note that average U.S. adults read at an 8th-grade level, yet PBOR usually require advanced college reading. This raises a crucial aspect of effectively implementing PBORs.
32. Russell L. Ackoff. (1981). Creating the corporate future. New York: John Wiley & Sons.
33. Russell L. Ackoff. (1999). Re-creating the corporation: A design of organizations for the 21st century (pp. 83–84, 87). New York: Oxford University Press.
34. James Webber. (1982, April 1). Planning. Hospitals 56, pp. 69–70.

الفصل الرابع

ضوابط الأخلاقيات في الخدمات الصحية

تؤثر عوامل كثيرة في سلوك الناس والتفاعلات بينهم، من أهمها تلك التي تنبع من علاقات الفرد القانونية مع المجتمع، أي تلك القوانين والمراسيم وقرارات المحاكم التي أخذ انتشارها يتزايد، أما المصادر الرسمية الأخرى للقانون مثل اللوائح التنظيمية للشركات فلا تنطبق إلا على فئة محددة. وقد تم تناول الروابط بين مصادر القانون الرسمية والأخلاقيات في تمهيد الكتاب، إضافةً إلى تلك المصادر، يوجد مصادر غير رسمية للقوانين مثل معايير العدالة والسياسات العامة والقيم الأخلاقية والقوانين المعتادة ومفاهيم الإنصاف الفردي الشخصي. تستخدم منظمات الخدمات الصحية كلاً من مصادر القانون الرسمية وغير الرسمية. ضوابط الأخلاقيات التي تتبناها الاتحادات المهنية مهمةٌ لأنها تصرح بالأهداف والطموحات وترشد وتقود الأعضاء وتعمل كنقطة مرجعية لتأديب من يشذّون عن المبدأ.

في عام (١٩٧٨م)، أسس الكونغرس الأمريكي مكتب أخلاقيات الحكومة (Office of Government Ethics - OGE) في الفرع التنفيذي من الحكومة، لمنع تضارب المصالح لدى موظفي الحكومة ولحل ما يحدث منها[١]. يفرض القانون الإفصاح المالي ويقيد النشاط بعد ترك الخدمة الحكومية و يَحدُّ من قبول الهدايا من مصادر خارجية والدخل المكتسب خارج نطاق الحكومة والمكافآت والإكراميات والتوظيف، وحيث لا يعتقد بأن المصالح المالية الصغيرة أو التافهة تؤثر في النزاهة لذلك فهي مستثناة. مصدر معلومات مكتب أخلاقيات الحكومة الرئيسي هو تقرير الإفصاح المالي السنوي، وكذلك توفر حكومات الولايات أيضا توجيهاً وإرشاداً أخلاقياً وقانونياً لموظفيها[٢].

التنظيم الذاتي هو ديدن المهن العلمية، وهي تاريخياً القانون والطب والأكليروس (قساوسة الكنيسة) وتنعكس أخلاقياتهم في قواعد نقابة المحامين ومبادئ الأخلاقيات الطبية والقانون الكنسي. مع سعي القانون والطب - إضافةً إلى مهن جديدة أخرى- نحو التقنينات (لغرض الحماية الاقتصادية) من خلال سن القوانين والتشريعات، أو أنها فرضت عليها، تم دمج الكثير من معايير السلوك والأخلاقيات المهنية في قوانين وتشريعات نرى بعضها في قوانين الأخلاقيات الطبية وفي قوانين الولايات لترخيص الأطباء وضبط الممارسة الطبية.

تتبنى المجموعات التي تسـعى إلى الرقي إلى منزلة المهنية، ضوابط الأخلاقيات، وتلك الضوابط شـائعة الإسـتخدام في الخدمات الصحيـة وكذلك في المجموعات الإداريـة والإكلينيكيـة والتقنية. تصاغ عادةً تلك الضوابـط بلغة عامة، وتكون فيها معاييـر الأداء عادةً من الغمـوض بحيث لا يمكن تطبيقها فعليـاً، وفي هذا الصدد فـإن مهنة القانون هي الاسـتثناء الجلي حيث تصاغ فيهـا معايير الأداء بكل وضوح ودقـة، وقد يقول أحدهم مداعبـاً إن هذا هو ما يجب أن يكـون لأن المحامين (في الولايات المتحدة الأمريكية) لا شـك مبتلون بالمشـكلات الأخلاقية. نقابة المحامين الأمريكيـة (The American Bar Association- ABA) هـي جمعيةٌ خاصةٌ طورت قواعد نموذجية للسـلوك المهني، وتعكس تلك القواعد وكذلك ضوابط السلوك – التي طورتهـا نقابات المحامين في الولايـات – أخلاقيات المهنة، وتتخذ بيانات الأخلاقيات المهنية تلـك ثقل العقوبات القضائية لأن أعلى محكمة في الولاية تسـتخدمها لتطور قواعدها الخاصة للسـلوك المهني للمحامين المسـجلين في الولايـة، إضافةً إلى ذلك تسـتخدم تلك القواعد لمعاقبة المحامـين الجانحين مثلاً، بصفة المحامين موظفين في المحكمة يتوجب عليهم إبلاغ السلطة المهنية الملائمة لو علموا أن محام آخر قد انتهك قواعد المحكمة بطريقة تثير الشـك في نزاهته، أو عـدم موثوقيته أو عدم صلاحيته مـن أي ناحية كمحامـي[٢]. تعين أعلى محكمة في الولاية عادةً مجلسـاً للمسـؤولية المهنية لتطبيق قواعدها ولمراجعة وتقصي الشـكاوى، والتـي تنظر فيها لجنةٌ خاصة من القضاة، وتؤدي الأحكام السلبية من تلك اللجنة إلى عقوبات تتراوح من التوبيخ أو الإدانة مع وقف التنفيذ إلى حرمان مؤقت من العمل أو سـحب رخصة مزاولة القانون من المحامي.

يتضح إذاً أنه حتى عند التطبيق المتشدد لضوابط الأخلاقيات فلا يمكن أن تحقق تلك الضوابط أكثر من إرشـاد وتوجيه سـلوك وقرارات الأشخاص الذين يرغبون في عمل الصواب وهم بحاجة للمسـاعدة في تحديد ذلك العمل الصائب، أما الأشخاص الذين يحاولون التهرب من المسـؤوليات والواجبات فهم دوماً أقلية في هذه المهنة، ولا تزيد مبادئ السلوك الأخلاقي (والمتطلبات القانونية) هؤلاء إلا خبثاً ومراوغة لمحاولة الفـرار من يد القانون. حتى في حال غيـاب الضوابط الأخلاقية فإن بعض الأفعال حتماً تثير التساؤلات والشكوك حول استقامة الشخص ونزاهته.

السيد ب.

بحث السيد ب عن وظيفة كاستشاري في الخدمات الصحية واتصل بشركتين وأجريتا معه مقابلة التوظيف وعرضت عليه إحداهما منصباً قبله السيد ب شفوياً، رغم أن ذلك يضطره إلى نقل أسرته من مكان إقامته، بعد بضعة أيام ومن باب الكياسة، اتصل بالشركة الثانية هاتفياً ليفيدهم أنه قبل منصباً في شركة أخرى، فقال له المدير «كم هذا مؤسف، كنت سأعرض عليك وظيفة في منطقتك وأدفع لك (٥٠٠٠) دولار أكثر مما تحصل عليه في الشركة الأخرى».

لدى السيد ب مشكلة أخلاقية، حقاً لا يوجد عقدٌ مكتوب ولكنه قبل العرض الأول شفاهةً، لقد أعطى وعده. ولو أنه هاتف الشركة الأولى وشرح لهم ما حدث، فمن الأرجح أنهم سيعفونه، ففي نهاية المطاف من يرغب في موظف ساخط؟ ولكن هذا الفعل لا يؤثر في التزامه الأخلاقي بأخذ الوظيفة التي قبلها، لأنه ما إن أعطى وعده فقد أخذ عهداً هو مقيدٌ أخلاقياً للوفاء به، وتنطبق هنا فضيلة الوفاء بالعهد، ولا يستطيع السيد ب اجتناب التزامه إلا إذا بين اعتبارات مبطلة أخلاقياً مثل العناء والمشقة والمعاناة العظيمة لأسرته.

ضوابط للمديرين:

بالإضافة لما تفرضه ضوابط العمل لما يعد الحد الأدنى المقبول من السلوك المهني، فإن الضوابط تبين أيضاً رؤية المهنة، فقد لا يمكن تحقيق الأهداف المذكورة في صياغة الرؤية (vision statement) ولكن على المهنة ككل أن تسعى إلى تحقيقها لأن التقدم والمضي قدماً أمرٌ ممكن. تشبه هذه الجوانب من ضوابط الأخلاقيات بيانات الفلسفة والرؤية التي تطورها المنظمات.

في مجال التجارة سلطت فضائح الشركات في أواخر القرن العشرين وأوائل القرن الحادي والعشرين الأضواء على أهمية الأخلاقيات في التجارة، فقد دفعت تلك الفضائح بالمعلمين إلى إعادة النظر في موقع تدريس الأخلاقيات في برامج تعليم التجارة ومنح خريجيها مبادئ وأسساً أعمق في القيم التي قد تمنع حدوث مشكلات مماثلة في المستقبل، ويجب على كليات التجارة المعتمدة أن توفر تعليم الأخلاقيات في

كل من جزئي المعلومات العامة والمهارات من معايير الاعتماد لطلاب المرحلة الجامعية وكذلك الجزء المتعلق بالإدارة من معايير كل من طلاب المرحلة الجامعية والدراسات العليا[٤]. تعرف أهمية تعزيز تطبيق القيم المناسبة في التجارة منذ عقود من الزمان مثلما تعرف أهمية تطبيق مهارات التجارة الأخرى، ويتفق الخبراء أنه بالإمكان تعليم وتعلم الأخلاقيات وأن النمو والرقي الأخلاقي يحدث في الجميع[٥]، ماذا يتضمن ذلك إذاً؟ إن تعليم الأخلاقيات في صفوف الدراسة والتعليم المستمر لمديري الخدمات الصحية أمرٌ جوهري رغم تشكيك البعض[٦].

تنفيذيو الخدمات الصحية:

المجمع الأمريكي لتنفيذيي الرعاية الصحية (American College of Healthcare Executives – ACHE) هو من أوائل الاتحادات المهنية لإدارة الخدمات الصحية، وكان يعرف قبل منتصف عام (١٩٨٥م) بمسمى المجمع الأمريكي لمديري المستشفيات (American College of Hospital Administrators) وفي عام (٢٠١٠م) كان يضم (٣٨٠٠٠) عضو[٧]. كان لدى المجمع ضوابط للأخلاقيات منذ عام (١٩٣٩م) أي بعد ست سنوات من تأسيسه، وكانت ضوابطه ترتبط في نشأتها بضوابط أخلاقيات المستشفيات التي طورها الاتحاد الأمريكي للمستشفيات (American Hospital Association -AHA)، إلا أن التعديلات المتكررة جعلت ضوابط مجمع التنفيذيين (ACHE) مستقلة ومتميزة كما أنها جعلته أيضاً أكثر وضوحاً من ضوابط اتحاد المستشفيات. وقد تمت مراجعة ضوابط المجمع مراجعةً شاملة في عام (١٩٨٧م) وأجريت عليها تعديلات جوهريةً في عام (٢٠٠٣م). تم إقرار آخر تعديل لتلك الضوابط في عام (٢٠٠٧م)، تضع مقدمة ذلك التعديل سياق الضوابط وتستمر في تأكيد المفهوم الذي ينص على أن مدير منظمة الخدمات الصحية هو مؤيد ووكيل، المفهوم الذي تم تبنيه في عام (١٩٨٧م) (وقد استخدم لذلك في عام (١٩٨٧م) مصطلح وصي أخلاقي) ويجب على المدير تقييم المخرجات المحتملة لأي قرار. ويشار إلى أن تنفيذيي الرعاية الصحية مسؤولون أخلاقياً عن قراراتهم ولكن تلك المسؤولية لم تعلن صراحة. ومن الجدير بالملاحظة ضرورة التزام المدير التنفيذي بأن يعمل بطرق تكتسب ثقةَ واعتزازَ واحترامَ ممتهني الرعاية الصحية والجمهور وأنه "لذلك عليه ممارسة حياة تجسد نظاماً مثالياً من القيم والأخلاقيات". يكشف هذا الالتزام الحياة الخاصة والعامة لتنفيذيي الرعاية الصحية للملأ، ويفرضه أحد اشتراطات الضوابط الذي ينص على

التزام تنفيذيي الرعاية الصحية بالامتناع عن المشـاركة في أي نشـاط يحط من قدر مصداقية المهنة أو نزاهتها.

هناك خمسة بنود في التعديل الصادر في سنة (٢٠٠٧م) تفصِّل مسؤوليات تنفيذيي الرعاية الصحية نحو المهنة والمرضى وجميع من يتم تقديم الخدمة لهم ونحو المنظمة والموظفين والمنطقة والمجتمع، والبند السادس في التعديل يكلف المنسوبين الذين لديهم أسـباب معقولة لاعتقاد أن منسوباً آخر قد انتهك الضوابط، بضرورة الامتثال لواجب تبليغ لجنة الأخلاقيات بذلك الانتهاك. كما تم استبدال بند مطول في الضوابط حول تضارب المصالح في المراجعات السابقة بأمر (a dictate) متواضع ومنقوص ينص على أن يتم "الإفصاح عن تضارب المصالح المالي وغيره من التضارب".

وفي عام (٢٠٠٣م) تم التوسع في القسم الخاص بمسؤوليات التنفيذي نحو المنظمة بشـكل ملحوظ، فقد أضيفت ضـرورة التبليغ عن المعلومات السـلبية ومنع الاحتيال والاستغلال، والمساءلة والتدقيق التي قد تنتج تقارير مالية خلافية، والعمل على تقليص الأخطـاء الإكلينيكية والإدارية والإفصاح عنها عند حدوثها، وتطبيق ضوابط أخلاقية للمنظمـة ومراقبة الالتـزام بها، وتوفير مصادر أخلاقيـة للموظفين لمعالجة القضايا المنظمية والإكلينيكية، واستمرت تلك الإضافات المهمة في مراجعة عام (٢٠٠٧م).

لا تعيـر الضوابط انتباهاً لدور المديرين في حل المشـكلات الأخلاقية البيوطبية، إلا أنها تشـير إلى الحاجة إلى تأسـيس إجراء يحل التعـارض في القيم بين المرضى (وأسرهم) وبين الموظفين، وضمان استقلالية المرضى وحقهم في تقرير المصير. ومن الثغرات المهمة المسـتمرة عدم بذل الاهتمام الكافي بالواجب الأخلاقي المستقل الذي يديـن به تنفيذيو الرعاية الصحية للمرضى، فعلى سـبيل المثال لا تبت الضوابط في حدود الولاء (الإخلاص) للمنظمة ولا تحدد النقطة التي يجب أن يتجاوز فيها الواجب الأخلاقـي نحو المريض حدود الولاء نحو المنظمة، ويعد ذلك الولاء نحو المريض جانباً حيويـاً من دور المدير كوصي أخلاقي، وعنصـراً جوهرياً من الضوابط بصفتها وثيقة حيوية تنمي احترام الذات المهني وروح التضامن والتآخي.

الإجراءات التأديبية التي تتضمنها الضوابط شديدة التنظيم والهيكلة وتشدد على الدقـة والعدالة، وتبدأ تلك الإجراءات عندما تتلقى لجنة الأخلاقيات شـكاوى تدعي وجود سـلوك لا أخلاقي، وتشـمل الإجراءات فحصاً مبدئياً للشـكوى يقوم به رئيس اللجنـة، ثم يتم إبلاغ المدَّعـى عليه (العضو) بالادعاءات ضـده، بعد ذلك يتم تقصي

الادعاءات وإرسال توصيات اللجنة إلى مجلس الإدارة. وباستطاعة المدَّعى عليه استئناف قرارات اللجنة وتوصياتها إذا كانت مناوئةً له. يُرفع الاستئناف الأول إلى مجلس الإدارة فإن تم رفضه يرفع استئنافٌ ثان إلى لجنة خاصة تشكَّل لهذا الغرض يعيّنها مجلس الإدارة، ولهذه اللجنة السلطة بأن تقر حكم مجلس الإدارة أو تفرض عقوبة أقل. وتعد جميع المعلومات التي جمعت في هذا الإجراء سرية[8].

يتطابق إجراء الشكاوى والتظلم المطول هذا مع توقعات وافتراضات ما يعرف بحق الإجراء القانوني العادل (due process) الذي يطبق عادةً في الاتحادات الخاصة. بالإمكان النظر في القضية المطروحة قضائياً ولكن المحاكم تتردد في التدخل في شؤون الاتحادات الخاصة. الفصل من عضوية المجمع هو أقصى إجراء تأديبي متاح لمجمع تنفيذيي الرعاية (ACHE) أو أي اتحاد خاص آخر، ولأن العضوية في المجمع لا ترتبط بترخيص العمل، فلا أهمية للفصل من العضوية إلا إذا رأى الزملاء وأرباب العمل المستقبليين أن عضوية المجمع ذات أهمية، وأنهم يعدون الفصل معيار ومؤشر سمعة الفرد المهنية، فإن فعلوا ذلك تصبح فرص توظيف العضو المفصول المهنية محدودة. يؤدي الالتزام بتنفيذ وتطبيق الضوابط الأخلاقية إلى جعلها وثائق حيوية فعالة، توفر منفعةً أكبر للأعضاء في مواجهة القضايا الأخلاقية والعمل على حلها.

يكمل مجمع تنفيذيي الرعاية الصحية (ACHE) ضوابطه بإصدار صياغات لسياساته تنص على الالتزام بمعايير محددة لسلوك أعضائه، وتوفر لهم إرشاداً محدداً، يتناول الكثير من تلك الصياغات قضايا أخلاقية مثل: تكوين بيئة أخلاقية للموظفين، وتناول القرارات التي يتخذها العضو عندما يقترب من الموت بسبب المرض أو تدني وضعه الصحي، والتعامل مع تنفيذيي الرعاية الصحية الذين لا يتمكنون من مزاولة العمل، وكذلك قضايا سرية المعلومات الصحية[9]. نعرض ضوابط أخلاقيات المجمع الأمريكي لتنفيذيي الرعاية الصحية في الملحق (ب).

مديرو مرافق رعاية المسنين:

يضم المجمع الأمريكي لإداريي الرعاية الصحية (Americam College of Health Care Administrators – ACHCA) (٢٥٠٠) عضو، يدير معظمهم مرافق الرعاية الصحية طويلة الأمد[10]، ونعرض ضوابط أخلاقيات المجمع لعام (٢٠٠٣م) في الملحق (ب).

يلزم الأعضاء بتحقيق أربعة «توقعات» تقسم إلى أمور مطلوبة وأمور محظورة[11]، إذ تنص التوقعات الأربع على أنه يجب على الأعضاء ما يلي: ١) وضع مصلحة الأشخاص

الذين يتلقون الرعاية في المقام الأول، ٢) الحفاظ على مستويات رفيعة من الجدارة والمقدرة المهنية، ٣) السعي إلى الحفاظ على وضع مهني في جميع ما يتعلق بأعمالهم المهنية، يضع مصالح المنظمة والمقيمين فيها في المقام الأول، ٤) الوفاء بمسؤولياتهم نحو الجمهور ومهنتهم وعلاقاتهم مع الزملاء وأعضاء المهن المرتبطة بعملهم. تتناظر الأمور المطلوبة والأمور المحظورة، إذ تشمل الأمثلة على القضايا المطروحة الاعتناء بأمور جودة الخدمات، والحفاظ على سرية المعلومات، وخصوصية متلقي الخدمة، وتوفير التعليم المستمر، ومعالجة تضارب المصالح، وتبني زيادة المعرفة، وتعزيز البحوث ودعمها، ومشاركة الخبرات.

يتوقع المجمع الأمريكي لإداريي الرعاية الصحية من أعضائه - مثلما يتوقع المجمع الأمريكي لتنفيذيي الرعاية الصحية - توفير المعلومات للجنة الضوابط والأخلاقيات عن انتهاكات الضوابط الواقعة أو الممكنة، والتعاون في التحقيقات حول شؤون السلوك المهني المتعلق بالضوابط الأخلاقية، ويشير المطلب الأخير إلى بعد تأديبي، ولكن لم يشمل إجراءات التنفيذ أو الاستئناف، وينص استهلال الضوابط على أن المسؤولية القصوى لتطبيق الضوابط والأخلاقيات تقع على كاهل الأفراد. تعير ضوابط المجمع الأمريكي لإداريي الرعاية الصحية اهتماماً أقل للقضايا البيوطبية الأخلاقية مما تعيره ضوابط المجمع الأمريكي لتنفيذيي الرعاية الصحية، وهو خطأ كبير يرتكبه كلا الفريقين.

الصحة العامة:

الاتحاد الأمريكي للصحة العامة (American Public Health Association -APHA) هو الاتحاد المهني لممارسي الرعاية الصحية، ولا توجد ضوابط أخلاقية خاصة به، إلا أن موقعه على الشبكة العنكبوتية يرتبط بعدة مصادر توفر أدلة أخلاقية للممارسة والبحوث في مجال الصحة العامة.

يوجد أفضل مصدر للإرشاد الأخلاقي لممارسي الصحة العامة في «مبادئ الممارسة الأخلاقية للصحة العامة» الذي طورته جمعية ريادة الصحة العامة في عام (٢٠٠٢م) وينص على التالي[١٢]:

١. على الصحة العامة أن تتناول في المقام الأول المسببات الرئيسة للمرض ومتطلبات الصحة بهدف منع المخرجات السلبية للصحة.

٢. يجب أن تحقق الصحة العامة صحة المجتمع بطريقة تحترم حقوق الأفراد في المجتمع.

٣. يجب تطوير سياسات وبرامج وأولويات الصحة العامة، وتقييمها من خلال إجراءات تضمن فرصة مشاركة أعضاء المجتمع.

٤. يجب أن تدعم الصحة العامة أعضاء المجتمع المحرومين وتعمل على رفاهتهم، وتهدف إلى ضمان إتاحة الموارد الأساسية والظروف اللازمة للصحة.

٥. يجب على الصحة العامة البحث عن المعلومات اللازمة لتنفيذ السياسات والبرامج الفعالة لحماية وتعزيز الصحة.

٦. يجب على جمعيات الصحة العامة أن توفر للمجتمعات المعلومات اللازمة لصنع القرارات حول السياسات أو البرامج وأن تحصل على موافقة المجتمع لتنفيذها.

٧. يجب على جمعيات الصحة العامة العمل بموجب المعلومات التي لديها في الوقت المناسب وضمن حدود الموارد والتفويض الذي يمنحه لها الجمهور.

٨. يجب أن تشمل برامج وسياسات الصحة العامة مجموعةً من الأساليب التي تتوقع وتحترم القيم والعقائد والثقافات المختلفة في المجتمع.

٩. يجب تنفيذ برامج وسياسات الصحة العامة بالطريقة التي تعزز البيئة المادية والاجتماعية بأعظم قدر.

١٠. يجب أن تحمي جمعيات الصحة العامة سرية وخصوصية المعلومات التي قد يؤذي إفشاؤها الفرد أو المجتمع، ويجب تبرير الاستثناءات على أساس الاحتمال الكبير بإيذاء وخيم للفرد أو لآخرين.

١١. يجب على جمعيات الصحة العامة ضمان جدارة وكفاءة موظفيها.

١٢. يجب على جمعيات الصحة العامة وموظفيها القيام بالتعاون والارتباطات بطريقة تنمي ثقة الجمهور وفعالية الجمعية.

يفسر جزءٌ منفصل كلاً من هذه المبادئ، ولكن لا تتضح كيفية الحكم بالنجاح أو الفشل ومن يقوم بذلك، ولا يوجد أي اهتمام بالمضامين الأخلاقية للإدارة الجيدة وضرورة استعمال الموارد بحكمة، ويبدو أن بعض المديرين ومنظماتهم يصدرون تلك الأحكام، ولم تحدد أي آلية لإنفاذ تلك المبادئ.

ضوابط لمقدمي الرعاية:

الأطباء:

تعود ضوابط الأخلاقيات في الطب إلى القرن الثامن عشر قبل الميلاد وضوابط أو قوانين حمورابي التي أسست سلم رسوم الأطباء والبياطرة وفرضت عقوبات صارمةً إن تسبب الطبيب بأذى للمريض، بما في ذلك بتر يد الطبيب إن أفقد العلاج مريضاً عينه أو حياته.

تطورت ضوابط مختلفة تماماً من تعاليم وأعمال أبوقراط (حوالي ٤٦٠-٣٧٠ ق.م.). لقد فرض أحد الملوك ضوابط حمورابي ولكن فلسفة أبوقراط التي تضبط العلاقات ما بين الأطباء، وبين الأطباء والمرضى، طورها أطباء إغريق منهم أبوقراط ذاته لاستخدامهم الخاص. لم يتلق القسم الأبقراطي إقراراً عاماً أو حاز على قوة القانون، ولكنه أسس معايير السلوك التي ما زال بعضها مشمولاً في ضوابط الأخلاقيات الطبية المعاصرة، وكذلك ضمن إجراءات ترخيص الأطباء وتنظيماتهم.

يحوي القسم الأبقراطي جزءاً متقادماً في مجمله يصف العلاقات المتوقعة بين الأطباء ومعلميهم وتلاميذهم، وتشمل النصوص الأخرى غير المستعملة الآن قيوداً على إجراء الجراحات والمساعدة في الإجهاض وتطبيق الوسائل والاحترازات الغذائية فقط في المعالجة، توجد المحظورات الأبوقراطية - حول المساعدة في الانتحار والامتناع عن الفاحشة مع المرضى وآخرين في الأسرة إضافةً إلى قيود شاملة على سرية وخصوصية المعلومات التي تكتسب خلال العلاج - في الضوابط المعاصرة صراحةً أو ضمنياً.

أسست الجمعية الطبية الأمريكية (American Medical Association – AMA) في عام (١٨٤٧م)، ووضعت أول ضوابط طبية أخلاقية لها على أساس كتابات السير توماس بيرسيفيل وهو طبيب وفيلسوف وكاتب إنجليزي، وتم تنقيح ضوابط الجمعية المعنونة بمبادئ الأخلاقيات الطبية في الأعوام (١٩١٢م) و(١٩٥٧م) و(١٩٨٠م) و(٢٠٠١م)[١٣]. أضاف تنقيح عام (١٩٨٠م) الدقة لأخلاقيات الأطباء المهنية، إلا أن التغييرات لم تكن مؤثرةً مثلما كانت بين تنقيحي (١٩٥٧م) و (١٩٨٠م)، وقد رفع الحظر في عام (١٩٨٠م) عن الإعلان والمشاركة الطوعية مع الممارسين الذين يفتقرون إلى الأسس العلمية للمعالجة، إضافة إلى أن نسخة (١٩٥٧م) ضمت عنصراً قوياً من

الأبويــة، أي أنه كان يتوقع من الأطباء العمل بطرق يعدونها في مصلحة المريض، وقد عكست إزالة هذا الشرط تحولاً عظيماً في فلسفة الجمعية. لاحظ فيتش[١٤] في تعليقه على التغيرات بين (١٩٥٧م) و(١٩٨٠م) ما يلي: «أنها أول وثيقة في تاريخ الأخلاقيات الطبية المهنية ترغب فيها مجموعة من الأطباء في استخدام لغة المسؤوليات والحقوق»، عوضاً عن لغة المنفعة والأذى.

تواصل نســخة (٢٠٠١م) (نعرض صورة منها فــي الملحق (ب)) التركيز على توفير الرعاية الطبية الكفؤة والأمانة في جميع التعاملات المهنية والمحافظة على ثقة المرضى، وتشمل التغييرات من نســخة (١٩٨٠م) إضافة الحقوق حيث يتوقع من الأطباء توفير الرعايــة الصحية مع «الاحترام للكرامة والحقوق الإنســانية» وأنهم «يلتزمون بالتعليم الطبي المستمر» وأن يشاركوا في النشاطات التي تساهم في «تحسين الصحة العامة»، وينــص المبــدآن (VIII) و (IX) الجديدان على أنه "يجب علــى الطبيب أثناء رعايته للمريض أن يعد مسؤوليته تجاهه في المقام الأول" وأن "يدعم الطبيب إمكانية حصول جميع النــاس على الرعاية الطبية" على التوالي، وأعيــدت صياغة المبدأ (II) بحيث ينــص على أنه يجــب على أعضاء الجمعية "الســعي إلى التبليغ عــن الأطباء الذين ينقصهم الخلق الحســن ويُشــك في جدارتهم أو الذين يمارسون الاحتيال والخديعة، للجهات المختصة"[١٥] ويجادل نقاد الطب المنظم بأنه يشيع تجاهل هذا الواجب الحيوي المستمر.

يســاعد مجلس الجمعية للأخلاقيات والشــؤون القضائية الأعضاءَ على تفســير المبادئ من خلال نشر الأحكام المتعلقة بقضايا مثل التجارب الطبية، والهندسة الجينية، والإجهاض، والأمراض الميئوس من شــفائها، وتكمل تلــك الأحكام مبادئ الأخلاقيات الطبيــة وتدعمها، إذ تُتمِّم إفــادة عام (١٩٩٣م) بأن «العناصر الأساســية في علاقة الطبيب بالمريض» مبدأ الجمعية بالتركيز على حقوق المرضى (انظر الملحق ب).

تماماً كما يتضح أن مديري الخدمات الصحية ومنظماتهم يستفيدون من الاهتمام المتزايــد بالأخلاقيات، هناك ما يثبت اســتفادة الأطباء ومرضاهــم من التثقيف في الأخلاقيات، والمهنية، والاستنتاج الأخلاقي إذ «يتحسن الأداء الإكلينيكي لدى أخصائيي العظام الذين يتمتعون بمستوى مرتفع من الاستنتاج الأخلاقي والمهنية ويتعرضون لعدد أقل من دعاوى الأخطاء الطبية»[١٦].

الممرضات:

تم اعتمــاد ضوابط أخلاقيات جمعية المرضــات الأمريكية(American Nurses Association-ANA) رسمياً عام (١٩٥٠م)، رغم أن بذور تلك الضوابط نشأت في ما يعرف بمســمى "تعهد نايتنجيل" في عام (١٨٩٣م)[١٧] (Nightingale Pledge). تنص مقدمة نســخة (٢٠٠١م) من ضوابــط الأخلاقيات للمرضات (نعرضها في الملحق ب) أن الضوابط تضم أخلاقيات إنســانية ونسوية واجتماعية وأيضاً رعاية الفضيلة، كما تؤكد أن:

تقاليد التمريض الأخلاقية تأملية وثابتة ومتميزة، وتوفر الضوابط الأخلاقية التي تحوي تعابير تأويلية إطاراً لتســتخدمه المرضات في تحليل وصنع القرار الأخلاقي. وترسخ الضوابط الأخلاقية المعايير الأخلاقية للمهنة، وهي ليست قابلة للتفاوض في أي ظرف أوحال، وليست عرضةً للتغيير أو الإضافة إلا من قبل الجمعية[١٨].

أُدرجَ في وصف لتطور الضوابط عدم التســبب في الأذى (عدم الإضرار)، ومنفعة الآخرين (الإحســان) والــولاء، والأمانــة، والعدالة الاجتماعية، واســتقلالية المريض والمرضة[١٩].

تشمل توقعات وإرشادات الضوابط مجموعةً متسلسلةً تشمل مبادئ لإرشاد ممارسة المهنــة والالتزام الأساســي للمريض أولاً، والمســاءلة الفردية والواجبــات نحو الذات والآخرين، وتحســين الرعاية الصحية، وتطوير المهنة، والتعــاون والالتزام نحو المهنة. تم تحديــد معظم بنود الضوابط التســع، وتلي كلاً من تلك البنود صياغةٌ تفســيرية. المرضــات مُلزَماتٌ -كما الأطباء- بالتصدي للممارســات الخاطئــة وتصحيحها أو الإبلاغ عنها وفق الاشــتراط التالي: «تعزز المرضة (وتؤيد وتسعى إلى) حماية صحة وســلامة وحقوق المرضى» وتناقش الصياغة التفســيرية تلك الالتزامات التي تتبناها المرضة، في ســياق الخصوصية، والسرية، والبحوث، والمعايير، والمراجعة، والممارسة الضعيفة والمشــتبه بها[٢٠]. تحظى مهنة التمريض بثقة الجمهور، فقد عدت المرضات في الماضــي القريب وبانتظام واســتمرار أكثر المجموعات المهنية اســتقامةً وأكثرها أخلاقية وفي استطلاعات الرأي عام (٢٠٠٩م) تغلبن على الأطباء بواقع (٨٣٪) مقابل (٦٥٪) وصُنِّفن أعلى المجموعات التي تناولها الاستقصاء[٢١].

ضوابط للمنظمات:

المستشفيات:

عــدَّل الاتحــاد الأمريكــي للمستشــفيات (AHA) - وهــو أهــم جمعيــة مهنية للمستشــفيات- أدلته للســلوك الأخلاقي في عام (١٩٩٢م)[٢٢]، وتقسم الأدلة إلى دور المجتمع، ورعاية المريض، وســلوك المنظمة. ويتوقع من أعضاء الاتحاد تحســين وضع المجتمع الصحي وتقديم خدمات شــاملة عالية الجودة بكفاءة. كما تؤكد الأدلة أهمية التنســيق مــع منظمات الخدمات الصحيــة الأخرى. بعض بنود الأدلــة محددة مثل ضرورة الحصــول على الموافقة المســتنيرة (informed consent)، والســرية، وأيضا إيجاد آليات لحل مشــكلات القيم المتناقضــة والمعضلات الأخلاقية فيما بين المرضى وأســرهم، والهيئة الطبية، والموظفين، والمنظمة، والمجتمع. كما على الأعضاء محاولة تقبل معتقــدات المرضى الدينية والاجتماعية، وعاداتهــم وتقاليدهم متى أمكن ذلك. تحدد الأدلة التوقعات المتعلقة بسياســات وممارســات الموظفــين، وأيضاً تقبل القيم الدينية والأخلاقية التي يتبعها الموظفون والهيئة الطبية، كما تم تحديد قضايا تضارب المصالح، إلا أن الأدلة لم تشمل أي إجراءات تأديبية أو إجراءات تتعلق بالشكاوى.

مرافق الرعاية طويلة الأمد:

جمعية الرعاية الصحية الأمريكية (American Health Care Association – AHCA) هــي الجمعية الوطنية لجمعيات الولايات لمرافق الرعايــة طويلة الأمد، وبخاصة دور رعايــة المســنين (Nursing Homes). وتم تطوير ضوابط جمعيــة الرعاية الصحية الأمريكيــة الأخلاقية لكي تســتخدمها الجمعية كمنظمة، ولكــن كان المقصود لها أن تكون نموذجاً لاســتخدام جمعيات الولايــات، وبدورها لأعضاء جمعيات تلك الولايات من المرافق. وتضم القيم المنظمية لجمعية الرعاية الصحية الأمريكية (AHCA) التي تم تحديدهــا في مقدمة ضوابط الجمعية، الاهتمام بالمحتاجين، وتقديم خدمة عالية الجودة، وخدمة المجتمع، والنزاهة والأمانة، والعدالة، والمســؤولية، واحترام الموظفين، وتبني المســؤولية نحو المجتمع. وتشمل المواضيع المدرجة في متن الضوابط المسؤولية الأخلاقية، والممارسات التجارية الجيدة، واتخاذ الخيارات الصعبة، والعمل بمسؤولية والالتــزام بتوفير خدمــات ذات جودة عالية، وبمعالجة القيم المتضاربة، وباســتخدام المعلومات، وبتمثيل المرضى بمســؤولية، وبمعالجة تضارب المصالح وباحترام الآخرين والتنافس العادل[٢٣]. ضوابط جمعية (AHCA) ليســت وسيلةً لنيل ترخيص العمل ولا

توجد عقوبات لعدم تحقيق معاييرها واشـــتراطاتها، إلا أن بعض الولايات تلزم مرافق رعاية المســنين التي تتلقى مدفوعات التأمين الفدرالي للمعوزين مديكيد (Medicaid) أن تمتثل لوثيقة حقوق المرضى التي يتم تصميمها وفق ضوابط جمعية (AHCA).

الجمعية الأمريكية لدور وخدمات المسنين (American Association for Homes and Services for the Aging- AAHSA) هي الجمعية الوطنية التي تمثل الجمعيات غيــر الربحيــة أو الجمعيات التي تدعمهــا الدولة، وتوفر خدمات الســكن والصحة والمجتمع والخدمات المرتبطة الأخرى للوفاء باحتياجات المســنين، وتتعكس أخلاقيات تلــك الجمعية فــي "ميثاق العضوية" الذي اعتمدته الجمعيــة في عام (١٩٩١م)، أما ميثاقها الحالي فقد اعتمد في عام (٢٠٠١م) ويضم مجموعة من المعتقدات والقيم[٢٤]، وتركز المعتقدات على خدمات وجودة الرعاية المقدمة، وقيمة المسنين في المجتمع ودور المنظمات غير الربحية المتميز، ودور المعايير القانونية والأخلاقية والمهنية في المنظمات العضو، وتوفير برامج وخدمات على أســاس بحوث حديثة، ودور جمعية (AAHSA) الريادي. تشمل المســؤوليات الإشرافية المحددة التحسين المستمر للجودة، والإفصاح العام والمســؤولية، وحقوق المستهلك والأسرة، وتميز القوى العاملة، ومشاركة المجتمع، والممارســات الأخلاقية، والنزاهة المالية. ولا توجد آلية لتقديم البلاغات أو إجراءات تأديبية في ميثاق العضوية.

الأساسيات الفلسفية لضوابط الأخلاقيات:

تمزج ضوابط الأخلاقيات للمهن الصحية فلســفات ونظريــات أخلاقية مختلفة، وتوجد -بدرجات متفاوتة- في جميع الضوابط الأخلاقية مبادئ احترام الأشــخاص والإحسان، وعدم الإضرار، والعدالة، إضافةً إلى العديد من الفضائل.

تمــزج ضوابط المجمع الأمريكــي لتنفيذيي الرعاية الصحيــة (ACHE) والمجمع الأمريكــي لإداريــي الرعايــة الصحيــة (ACHCA) مبــادئ العاقبيــة (أو الغائية) (teleology) والواجبيــة (deontology) وأخلاقيات الفضيلة (virtue ethics) ولكنها تؤكد وتركز على المبدأين الأخيرين، ويهيمن فيها احترام الأشــخاص والإحســان. إن البيانات المتعلقة بالمحافظة على ســرية المعلومات مثلاً ترســخ جذورها في الفلســفة الواجبية وفي أخلاقيات الفضيلة وليس في النتائج. كما أشرنا سابقاً، أضيف واجب الإبــلاغ عن الانتهاكات إلى ضوابط المجمع الأمريكــي لتنفيذيي الرعاية الصحية في عام (١٩٨٧م)، وفي عام (٢٠٠٣م) اقتضت تلك الضوابط أن "من واجب أي منتســب

إلى المجمع ولديه ما يدعو إلى الاعتقاد بأن منتسباً آخر قد انتهك الضوابط أن يقدم أدلتـه إلى لجنة الأخلاقيات»[٢٥]، وفي عام (٢٠٠٣م) أضافت ضوابط المجمع الأمريكي لإداريي الرعاية الصحية بنداً مماثلاً.

توفر مقدمة «مبادئ الأخلاقيات الطبية» للجمعية الطبية الأمريكية لعام (٢٠٠١م) السياق للتصور المعدل لواجبات الطبيب واحترام المرضى حيث ورد فيها: «على الطبيب إدراك المسـؤولية نحو المريض أولاً وقبل كل شـيء إضافةً إلى مسؤوليته نحو المجتمع ونحو ممتهني الصحة الآخرين ونحو نفسـه»[٢٦]. لا توجد هذه الفلسـفة في القسـم الأبقراطي ومبادئ الجمعية الطبية الأمريكية لعام (١٩٥٧م)، التي أكدت الأبوية، يحمل هذا التغيير ضمن طياته مضامين مهمة لتحصيص الموارد لأنها أشـارت إلى أنه على الأطبـاء التفكير بالتأثيرات المجتمعية العريضة لعلاج الفرد، ويرتكز هذا التذكير على العدالة عوضاً عن الإحسـان (الذي يركز على المرضى) ويضيف بعداً من النفعية؛ أي أخذ في الاعتبار أكبر قدر من الخير لأكبر عدد من الناس.

وكما أشير إليه سابقاً، فإن أساسيات ضوابط أخلاقيات جمعية الممرضات الأمريكية تضـم عدداً من الفلسـفات الأخلاقيـة، ألا أنها تتأصل في الواجبيـة التي تعتمد على الواجب، وضمن هذا السياق، تعزز مبادئ احترام الأشخاص، وعدم الإضرار، والإحسان، والعدالة العلاقات مع المرضى وتؤكد فضائل تحسين الذات والتعاون والنزاهة.

تطبيق ضوابط الأخلاقيات:

الاستعمال والإنفاذ:

كما أشرنا سابقاً، يجب أن تكون ضوابط الأخلاقيات وثائق حيوية فعالة تستعملها وتنفذهـا الجمعيات، تكمن الخطـوة الأولى في الثقافة العامة حـول بنود الضوابط، إضافـةً إلى ذلك يجب على المهـن أن توفر لأعضائها معلومات منتظمة عن تفسـير الضوابـط وتطبيقها وإنفاذهـا، ولكن لابد من بذل المزيد مـن الجهد لجعل ضوابط الخدمـات الصحية الإدارية أو المؤسسـية وثائق حيوية فعالة تفيد في إرشـاد صنع القرار، إلا أن تشـجيع تلك التوجهات والاسـتجابة لها لا زالت من التحديات الصعبة التـي تواجه الاتحـادات المهنية، ومن المفرح أن معظم المديريـن في المناصب الريادية يستخدمون ضوابط المجمع الأمريكي لتنفيذيي الرعاية الصحية لتثقيف الآخرين حول السلوك المتوقع ولمشورة الزملاء[٢٧].

التثقيف والمشورة وبث المهنية بين الأعضاء هي من الاستخدامات الحيوية للضوابط، وتتخذ أهميةً أكبر وفائدةً أعظم عند إنفاذها، إذ ما هي بلا تنفيذ إلا مجرد أقاويل وشعارات للاستهلاك العام، أما الضوابط التي تنفذ فهي في غاية الدقة وتشمل تفسيرات لبنودها، وإن إنفاذ الضوابط بدون وجود تفاصيل كافية يسترشد بها الأعضاء يؤدي إلى إتخاذ قرارات اعتباطية وإلى الجور والظلم. كما أشرنا سابقاً، لا يرجح أن تكون الجمعيات الخاصة مسؤولةً عن تطبيق المتطلبات الدستورية للحق في الإجراءات القانونية العادلة، ولكنه من العدل أن تستوفي تلك المعايير. ويجب لهذا المبحث أن يشكل الأساس لعلاقات الجمعيات مع أعضائها، ويوفر إنفاذ الضوابط مع التغذية الراجعة للأعضاء معرفةً وإدراكاً إضافياً للمهنة ويجعل تلك الضوابط وثائق حية، تستخدم تلك الصفة الجوهرية السفسطة لخلق كم من الحالات والتجربة.

عندما يكون مهنيو الخدمات الصحية مرخصين، تكون الإجراءات التأديبية بحقهم عادةً معلنة ورهن طلب الجمهور، وتظهر في الصحافة أحياناً تقارير لإجراءات تأديبية بشأن ترخيص الأطباء أو مقدمي الرعاية الآخرين. لا يرخص من بين مديري الخدمات الصحية إلا مديري دور المسنين، وذلك جراء مشكلات تاريخية عويصة في مرافق رعاية المسنين، وقد تؤدي الفضائح في جوانب أخرى من الخدمات الصحية إلى مطالبات بترخيص المديرين، وهذا أسلوبٌ أقل جاذبية وربما لا يزيد فاعلية عن الرقابة الذاتية. يبرز هذا السرد أهمية الجهود التطوعية التي تبذلها المهنة والحاجة إلى إنفاذ ضوابط أخلاقية حيوية يمكن تطبيقها واستخدامها.

الفصل بين السلوكيات الخاصة والعامة:

مديرو الخدمات الصحية هم شخصياتٌ شبه عامة، ويعتمد اهتمام الجمهور بهم وبمنظماتهم على أهمية تلك المنظمات في المجتمع، فالدور العام للمدير يكون أكبر في المجتمعات الصغيرة، التي تكون فيها المنظمة -وبخاصة المستشفى التخصصي- ذات أهمية اقتصادية وسياسية واجتماعية كبيرة. تعني تلك الأهمية أن مديري الخدمات الصحية -بحكم منصبهم- هم من رواد المجتمع وقادته، وهم دوماً تحت المجهر شاءوا أم أبوا. كما أن مديري منظمات الخدمات الصحية الكبرى في المدن هم أيضاً في الواقع من رواد المجتمع وقادته، وعليهم تقبل هذا الواجب وأن يستخدموا ثقة الجمهور بهم لتحسين صحة المجتمع، ويتطلب مثل هذا الدور أداءً متميزاً.

للمواطن العادي نطاقٌ واسعٌ من الخصوصية، ويقلص الأشخاص الذين يصبحون من قادة المجتمع ورواده ذلك النطاق من الخصوصية، ويقلص ازدياد البروز والشهرة

الخصوصية أكثر أيضاً. يجد صغار السن من المديرين ومحدودي الخبرة صعوبةً في فهم وإدراك أن الأشخاص في المراكز البارزة لا يستطيعون الفرار من مراقبة الجمهور وتقصيه لتحركاتهم، وهم يسعون إلى حماية خصوصيتهم والحفاظ عليها بكل ما أوتوا. ويرون ألّا علاقة لما يحدث في حياتهم الخاصة بأدائهم كمديرين، وليت الأمر كذلك، ولكن دورهم في المنظمة وتوقعات الجمهور تحرمهم من تلك الرفاهية. الأمر المستجد على الجيل القادم من مديري الخدمات الصحية هو إغراءات وفتنة شبكات التواصل الاجتماعي على الشبكة العنكبوتية، إذ تتزايد مراقبة أرباب العمل ومتابعتهم لمشاركات المتقدمين للعمل لديهم في المواقع الإلكترونية وكتاباتهم فيها وذلك بهدف معرفة ما إذا كان ما كُتب أو وُضع على تلك المواقع يدعو إلى التشكيك في قدرات وجدارة هؤلاء الأشخاص أو وجود انحرافات أخلاقية قد تؤدي إلى استبعادهم من إجراءات التوظيف، وعلى جميع الأشخاص الذين تعرف تفاصيل حياتهم وتوجهاتهم أن يتوقعوا استخدام تلك المعلومات من قبل أي شخص يجد متناولاً لخدمات الإنترنت.

تؤثر ثلاثة أبعاد في التفاعلات بين الحياة العامة والخاصة هي: ١) المعيار الأخلاقي الفاسد الذي ينص على أن عمل الخطأ أو الصواب لا يهم، وأن المهم هو عدم الانكشاف والتفشي، ٢) ثقافة المنظمة ومعايير المجتمع للسلوك والأخلاقيات، و٣) الفعالية الإدارية. فالترهات مثل «لا بأس عليك إن لم يفضح أمرك» و «لا بأس فالجميع يفعلون ذلك» غير مقبولة لمديري الخدمات الصحية، وتوضح الأمثلة التالية تأثير مثل تلك الآراء. يخجل معظم الموظفين في الولايات المتحدة أن يراهم أحد يصورون مستندات شخصية في مقر عملهم، أو أن يلاحظ الرئيس المباشر مكالمة هاتفية خارجية شخصية على حساب المنظمة. إذ لن تؤدي إضاعة الوقت والاستخدام الشخصي لمعدات ولوازم المكتب والاتصالات الهاتفية الشخصية إلى إجراء تأديبي من المنظمة أو الجمعية المهنية (إلا في الحالات المتطرفة)، لذلك يجب مراقبة تلك الأمور وتنظيمها من خلال أخلاقيات الفرد الشخصية، وعلى أعضاء المهنة الأخذ في الاعتبار وإدراك أن الانتهاكات الطفيفة تحكمها المبادئ التي ناقشناها في الفصل الأول وأيضاً أخلاقياتهم الشخصية.

تكمن أهمية فلسفة المنظمة ومعايير المجتمع الأخلاقية في أنها تؤثر في نظرة المدير لما هو مقبول، وذلك بأنها تضيف صبغتها إلى أخلاقيات المدير الشخصية. إن ذلك المجتمع الصغير - الذي هو المنظمة - يطور ثقافة أعرافها ومعاييرها فريدة وملزمة وتجاهلها يدفع إلى الهلاك.

ثقافة المنظمة:

لا أحد يفعل ذلك.

> دُعي عددٌ من أساتذة الجامعات لتناول طعام الغداء مع عشرين من مديري الإدارة الوسطى والإدارة العليا لإحدى شركات معالجة البيانات، وقد كانت المجموعة متحمسة ومفعمة بالنشاط، وكانت أعمار معظمهم تقل عن أربعين عاماً. تعد وجبة الغداء استراحة في يوم طويل مليء بالاجتماعات والندوات، وحينما سأل النادل عن رغباتهم في الشراب، لم يطلب أحد من الشركة مشروباً كحولياً بل اكتفوا بالحليب أو المشروبات الغازية، وقد علق أحد الأساتذة على هذا السلوك الغريب وقيل له: إن من سياسات الشركة غير المكتوبة، عدم عودة أي موظف إلى العمل بعد تناول مشروب روحي.

قد يبدو هذا الموقف متزمتاً، ويختلف حتماً عن «غداء القدحين من الكحول» الذي كان في السابق نمط اللقاءات التجارية. إلا أن هذه «القاعدة» تعكس نظرة المجموعة لذاتها أو ثقافتها، ومن الأرجح أن الكثير من ضغوط الأنداد ستوجه نحو كل من يتجاهلها، وعلى المستويين الصغير والكبير هذا هو نوع التأثير الذي بإمكان مديري الخدمات الصحية أن يضعوه في صالح المريض والمهنة.

الفاعلية الإدارية هي من تساؤلات مدير المدير الذي يحدد ما إذا قضت المشكلات على قدرة أحدهم على القيادة، إذ يفقد المديرون الذين تلطخت سمعتهم فاعليتهم، فالمديرون محل السخرية والذين تجلى ضعف معدنهم، ورداءة شخصيتهم، أو الذين اضمحل وزال احترامهم ينبغي فصلهم من العمل.

من الأمثلة على السلوك الخاص غير المقبول -من مدير الخدمات الصحية - أن يقود السيارة مخموراً، وبغض النظر عن آراء وتوجهات الجمعيات المهنية، فإن مجالس الإدارة لا تتسامح ولا تتهاون مع المدير المتهم بقيادة السيارة تحت تأثير الخمر، مع أن مثل هذا السلوك لدى عامل أو خادم لن يلفت الانتباه. المشكلات مثل قيادة السيارة تحت تأثير الخمر تكون تماماً عكس تصور المنظمة للمدير القائد وفلسفتها، والتي عادةً تكون غير مكتوبة فيما يتعلق بمشكلات مثل معاقرة الخمور، واستخدام المخدرات، والفاحشة، وتعنيف الزوجات. النشاطات غير القانونية هي بحد ذاتها غير أخلاقية، ولكنها لا تمنع صراحة، لأنها تغاير تماماً الخلق الحسن وتتنافى معه.

السـبب الآخر الذي يجعل مثل هذا السـلوك غير مقبول هو أن مجلس الإدارة لا يرغب إطلاقاً في التورط بأن يحرجه مديرٌ جانح، والمنظمة التي تواجه فضيحة تحاول عزل نفسـها عن مصدر تلك الفضيحة، ويعكس هذا الفعل غريزة البقاء لدى المنظمة، إضافةً إلى الامتعاض والاشـمئزاز الأخلاقي. غرس إدراك أهمية السلوك الأخلاقي في الآخرين من التحديات المستمرة في المنظمات.

قـد يبدو من الإجحاف محاسـبة المديرين بمعايير أعلى مـن المجتمع ككل، ولكن الموظفين والجمهور يتوقعون من القادة أكثر مما يتوقعون من الأتباع، وتتوقع مهنة إدارة المستشـفيات من أعضائها أن يجتنبوا الإغراءات والمشـكلات التي تؤثر في الآخرين خارج المهنة، وهذا توقع سليم.

أيثير الضحك هذا؟

فـي عصر أحد الأيـام، واجهت جـوان زيمرمان - رئيسـة مديري التشغيل في مستشفى كبير - اثنين من موظفي الإدارة لديها يتهامسان، وفيمـا دنت نحوهما بدون أن يلاحظاها، انفجرا ضاحكين. احمر وجه أحدهما وخفض بصره حينما حيتهما السيدة زميرمان وسألتهما بسعادة عن مصدر تسـليتهما. لم ينطق أحد منهما بكلمة، وعندها أحست بأن هناك ما يسـتدعي معرفتها فأصرت على سـؤالها. إلا أن صوت بيجر زيمرمـان داعياً إياها للاتصال بعامل الهاتف قاطع ذلك الموقف المزعج. فيما بعد، طلب أحد المديرين مقابلتها وروى لها قصةً عجيبة عن مديرة إدارة الخدمات المسـاندة التي لديها عدد كبير من الذين يتركون العمل، وفي مقابلات ترك العمل الروتينية التي تجريها إدارة الموارد البشـرية، أشار عدد كبير من الموظفين الشباب الذكور إلى أنهم يتركون العمل لأنهم لم يعودوا قادرين على تحمل التحرش الجنسـي من مديرة القسم، التي أصرت على ممارسة العلاقة الجنسية معهم، وقد أُعطي الموظفون الذين رفضوا تحرشها أسوأ جداول العمل والمهمات وعوملوا معاملةً سيئة.

قيل لزيمرمان أن المشـكلة ظهـرت منذ فترة، وكانـت معروفةً لدى الجميع في المستشفى وقد صُدمت واستاءت لأن أحداً لم يبلغها.

لهذه الحالة عدة أبعاد، أولاً: التحرش الجنسي أمرٌ مخالفٌ للقانون، ثانياً: يخرق التحرش الجنسـي مبدأ احترام الأشخاص، ثالثاً، تنتهك معاملة مديرة الإدارة الجائرة

للموظفين مبدأ العدالة، وأخيراً، فشلت مديرة القسم في أن تتحلى بفضيلة ضبط النفس والاعتدال والنزاهة.

المشكلة الفورية هي تقصي الادعاءات ضد مديرة القسم واتخاذ الإجراءات التأديبية، إذا لزم الأمر، والأمر المثير للقلق أيضاً هو أن المديرين الشباب وجدوا الأمر مسلياً، لا ممقوتاً، وقد تبين ردة فعلهم عدم النضج لا الاستحسان أو الإعجاب الحقيقي بما حدث، وبغض النظر فتلك مشكلة تحتاج إلى الانتباه والحل، وحيث يقود المديرون بالقول والفعل، إلا أن الأفعال أكثر أهميةً وأشد تأثيراً.

يجب هنا تناول قضيتين إضافيتين، الأولى هي أنه ما كان لدى زيميرمان أي دراية بالمشكلة، والثانية هي عدم اتخاذ أي إجراء من قبل المديرين والموظفين الذين كان لديهم علم بتلك الادعاءات، والتي إن كانت حقيقية فهي تلقي بظل من السوء على المنظمة ككل. أول الموظفين الذين كان يجب أن يكونوا أكثر تيقظاً وأن يتخذوا إجراءً هم موظفو الموارد البشرية لأنه يجب على الموارد البشرية تقصي سرعة تغير الموظفين في وحدة ما، ومقابلات نهاية الخدمة من الوسائل الشائعة للحصول على المعلومات عن المواضيع التي تحتاج إلى الانتباه كهذه.

يجب على زيميرمان التأكيد على جميع الموظفين أن مثل هذا السلوك غير مقبول ولا يطاق، فهو يخرق الثقة المؤتمنة في المديرين، ويخرق واجبهم الائتماني ووكالتهم للموظفين والمنظمة، ويتناقض مع أي فلسفة يمكن للمنظمة أن تطبقها. إن صح ما حدث، فإن ما زُعم من أفعال رئيسة قسم المساندة يقلص التقدير والاحترام الذي يتلقاه جميع المديرين في المنظمة، وفي المحصلة النهائية يقلص فاعلية المنظمة. ويصبح الاستخفاف والتشاؤم الطاعون الذي يفتك بالمنظمة.

الخاتمة:

توفر معظم ضوابط الأخلاقيات أدلةً عامةً فقط، حيث تستدعي الاشتراطات والبنود المحددة التفسير والتأويل إضافةً إلى الشجاعة الكافية لإنفاذها. فالتفسير أمرٌ في غاية الأهمية، لأن التفاصيل الدقيقة الكثيرة وحدها لا تتمكن من معالجة الفوارق والاختلافات الدقيقة والضئيلة والتعقيدات والتشعبات العديدة لجميع الظروف والملابسات. تميل الضوابط المفصلة تفصيلاً دقيقاً إلى كونها قانونية بطبيعتها، ويصبح تطبيقها لكثرة تعقيدها غير عملي إطلاقاً.

من بين جميع المجموعات المهنية في إدارة الخدمات الصحية، لدى المجمع الأمريكي لتنفيذيـــي الرعايـــة الصحية أكثر الضوابط تفصيلاً، ويعزز هـــذا التفصيل للضوابط ويدعم فائدته في إرشاد مديري الخدمات الصحية، سواءً كانوا أعضاء في المجمع أم لـــم يكونوا. إلا أن الضوابط في معظم الجوانب مـــن العمومية بحيث لا توفر معايير للأداء.

لا تحمـــل الضوابط في حقـــل الخدمات الصحية من العقوبـــات إلا ما يتوفر لدى الجمعيـــات المهنيـــة، وأقصى ما تصل إليه تلك العقوبات هـــو الطرد من العضوية، ولا يُحتمل أن يؤثر هذا الحد في حق الفرد القانوني في ممارسة المهنة.

بالإضافـــة إلى توقعات وبنود الضوابط الأخلاقية، تنظم قوانين الولاية نشـــاطات معظم الإكلينيكيين، إذ تضم قوانين الترخيص أو تشـــريعات الممارســـة مبادئ أخلاقيةً مماثلـــةً لجمعياتهم الخاصة، وتتكـــون عادةً لجان الترخيص من أشـــخاص من المهنة التـــي يجري تنظيمها، مما يضفي على مبادئ المجموعة الأخلاقية قوة القانون، ويؤدي انتهاكهـــا إلى تعليـــق الترخيص أو إلغائه. الجدير بالذكر أن مـــداولات التنظيم العام تختلـــف تمامـــاً عن مداولات الجمعيـــات الخاصة أو المجموعـــات المهنية. الترخيص شـــرطٌ من شروط العضوية في الجمعية المهنية، ولكن عضوية الجمعية ليست مطلوبة للترخيص، وهو تمييزٌ ملائم بين العمل الخاص والعام.

يزيد عدم وجود الترخيص في مجموعات مثل مديري المستشفيات، أهمية التنظيم الذاتـــي، إذ يعد الجمهور هؤلاء المهنيـــين ذوي أهمية قصوى في حفظ وصيانة تقديم الخدمـــات الصحية، فإذا لم يكـــن التنظيم الذاتي فعالاً ويحافـــظ على ثقة الجمهور يصبح الترخيص أو أي شكل آخر من التنظيم الحكومي إلزامياً.

من الاعتبارات العملية البراغماتية الأخرى التي تساهم في نجاح المديرين، النزاهة إذ عُدَّت -تاريخياً- أهم الصفات الشـــخصية للنجـــاح، أهم من أي مهارات أو عوامل أخرى[٢٨]، ومما لا شـــك فيه أن أهمية النزاهة لا زالت مستمرة. هذا الحافز الإضافي ليكون مديرو الخدمات الصحية أخلاقيين وفوق الشـــبهات في جميع نواحي حياتهم، يرفع يقظتهم ويزيد احتراســـهم حول سلوكهم وسلوك زملائهم. وهذه أسبابٌ عظيمة للحفاظ على ثقة الجمهور في مديري الخدمات الصحية ومنظماتهم.

والأهم من البراغماتية في تشـــجيع وتحفيز الســـلوك الأخلاقي هو أنه الســـلوك الصحيـــح الذي يجب فعله، وهذا من مبادئ الحياة والمهنة. يجب تجنب أدنى إشـــارة

أو تلميح بسلوك غير لائق في الحياة الشخصية. فيا لها من مأساة كارثية أن يضطر الفقيد هايمن جي ريكوفر -مؤسس أسطول الغواصات النووية وأدميرال متقاعد من البحرية الأمريكية بعد قضاء (٦٤) سنة في الخدمة العسكرية- إلى الاعتراف أنه تلقى هدايا ومنحاً من متعهدين لوزارة الدفاع، وقد ادعى ريكوفر أن الهدايا كانت أموراً تافهةً وأن تقبلها لم يؤثر في أحكامه وقراراته. وأصر وزير البحرية أن الهدايا قدرت بعشرات الألوف من الدولارات. أياً كانت الحقيقة فإن تلك الافصاحات لطخت إلى أبعد حد -ومع كل الأسف- سيرةً وظيفيةً بارزة. وعلى مديري الخدمات الصحية اجتناب مثل تلك المواقف، لأن فشلهم في ذلك يدمر ثقة الجمهور ويجازف بوظائفهم وسمعتهم، وينتهك أي أخلاقيات شخصية تستحق تسميتها أخلاقية.

الهوامش:

1. U.S. Office of Government Ethics. (n.d.). Background and mission. Retrieved February 22, 2011, from http://www.usoge.gov/about/background_mission.aspx.

2. Anita Cava, Jonathan West, & Evan Berman. (1995, Spring). Ethical decisionmakingin business and government: An analysis of formal and informal strategies.Spectrum 68(2), pp. 34–35.

3. American Bar Association. (n.d.). Rule 8.3: Reporting professional misconduct. Retrieved April 14, 2004, from http://www.abanet.org/cpr/mrpc/rule_8_3.html.

4. Association to Advance Collegiate Schools of Business. (n.d.). Frequently asked questions: Why won't AACSB international require a course in ethics for all business programs? Retrieved November 12, 2010, from http://www.aacsb.edu/ resources/ ethics-sustainability/faq.asp.

5. Peter Arlow & Thomas A. Ulrich. (1983, Spring). Can ethics be taught to business students? Collegiate Forum, p. 17; Archie B. Carroll. (2003, February 17). Can ethics be taught? UGA News Service. Retrieved November 14, 2003, from http:// www.uga.edu/columns/030217/news12.html; Ameet Sachdev. (2003, February 14). Ethics moves to head of class. Chicago Tribune. Retrieved February 23, 2011, from http://articles.chicagotribune.com/200314-02-/ business/0302140374_1_ethics-and-leadership-training-advance-collegiate -schools-business-schools.

6. Dan Seligman. (2002, October 28). Oxymoron 101. Forbes, pp. 160, 162, 164.

7. American College of Healthcare Executives. (2010). ACHE annual report, 2010. Retrieved February 23, 2011, from http://www.ache.org/abt_ACHE/annual_ report/10_annual_report/ACHE_Annual_Report_10.pdf.

8. American College of Healthcare Executives. (n.d.) ACHE grievance procedure. Retrieved October 8, 2010, from http://www.ache.org/abt_ache/grievance .cfm.

9. American College of Healthcare Executives. (2003). ACHE ethical policy statements. Retrieved March 16, 2011, from http://www.ache.org/policy/index_eth ics.cfm.

10. Whitney O'Donnell, member services coordinator, ACHCA, personal communication, January 4, 2011.

11. American College of Health Care Administrators. (n.d.). Advocacy: Code. Retrieved March 1, 2011, from http://www.ache.org/abt_ache/facts.cfm.

12. Public Health Leadership Society. (2002). Principles of the ethical practice of public health: Version 2.2. Retrieved March 16, 2011, from http://www.apha.org/ NR/ rdonlyres/1CED3CEA-287E-41859-CBD-BD405FC608560//ethicsbro chure.pdf.

13. Tanya Albert. (2001, January 1). AMA's Principles of Medical Ethics may be infused with new "lofty ideas." American Medical News. Retrieved August 18, 2003, from http://www.ama-assn.org/amednews/200101/01//prsa0101.htm.

14. Robert M. Veatch. (1980, June). Professional ethics: New principles for physicians? Hastings Center Report 10, p. 17.

15. American Medical Association. (2003). Newly adopted principles of medical ethics, June 2001. Retrieved March 16, 2011, from http://www.ama-assn.org/ama/pub/ physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/principles-medical-ethics. shtml.

16. DeWitt C. Baldwin, Jr., & Wilton H. Bunch. (2000, September). Moral reasoning, professionalism, and the teaching of ethics to orthopaedic surgeons. Clinical Orthopaedics and Related Research 378, pp. 97–103.

17. American Nurses Association. (2001). Code of ethics for nurses with interpretive statements. Retrieved January 4, 2011, http://www.nursingworld.org/MainMenu Categories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics.aspx.

18. Ibid.; extract reprinted by permission.

19. Ibid.

20. Ibid.

21. Jeffrey M. Jones. (2009, December 9). U.S. clergy, bankers see new lows in honesty/ethics ratings. Gallup. Retrieved December 16, 2010, from http:// www. gallup.com/poll/124628/clergy-bankers-new-lows-honesty-ethics-rat ings.aspx.

22. American Hospital Association. (1992). Hospital management advisory: Ethical conduct for health care institutions. Chicago: Author.

23. American Health Care Association. (2003). Code of ethics. Retrieved March 16, 2011, from http://www.ahcancal.org/about_ahca/MembersOnlyDocs/AHCA _code_ of_ethics.pdf.

24. American Association of Homes and Services for the Aging. (2001). AAHSA membership covenant. Retrieved March 16, 2011, from http://www.aahsa.org/ WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=9847.

25. American College of Healthcare Executives. (2003). Code of ethics. Retrieved October 31, 2003, from http://www.ache.org/abt_ache/code.cfm.

26. American Medical Association. (2003, July 15). E-principles of medical ethics. Retrieved March 16, 2011, from http://www.ama-assn.org/ama/pub/physi cian-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/principles-medical-ethics .shtml.

27. William A. Nelson & Paula P. Schnurr. (2003, November/December). Affiliates comment on code of ethics. Healthcare Executive 18(6), pp. 54–55.

28. Walter J. Wentz & Terence F. Moore. (1981). Administrative success: Key ingredients (special issue). Hospital & Health Services Administration 2, pp. 85–93.

الفصل الخامس

الاستجابات المنظمية للقضايا الأخلاقية

حتـــى هنا لم نذكر الكثير عن تدابير المنظمات لحل المشـــكلات الأخلاقية الإدارية والبيوطبية، فنقطة البداية لتلك التدابير هي فلسفة المنظمة التي تعكس قيمها وتحدد توجههـــا الأخلاقي وتضع الإطار العام لرؤيتها ورســـالتها. والفلســـفة خاضعة للحد الأدنى من الحرية الذي تفرضه القيود الخارجية مثل القانون الجنائي والقانون المدني، والأنظمة والدعاوى القضائية المشتقة منهما. فعلى سبيل المثال، تمثل الأدلة الفدرالية -لحماية الأشـــخاص الخاضعين للتجـــارب العلاجية- نقطة البدايـــة لعلاقة المنظمة بالمرضى المشاركين في الأبحاث الإكلينيكية التي تمولها الحكومة الفدرالية.

تؤثر الأخلاقيات الشخصية للمدير -بصفته موظفاً وقائداً- في الفلسفة المنظمية وتتأثر بها، إضافةً إلى أن المدير ينظم ويدير المنظمة ويحصص الموارد لكي يمنع حدوث المشكلات الأخلاقية، ولحلها عند حدوثها. يتم حل المشكلات هذا ضمن سياق فلسفة المنظمة ولكنه يتأثر بأخلاقيات المدير الشـــخصية، والتي ينبغي أن تكون أكثر تحديداً وشموليةً من فلسفة المنظمة. يعزز هذا التفاعل ويدعم أهمية الأخلاقيات الشخصية، حتى لا يفقد المدير أحد أهم سمات القيادة ألا وهي التوجه الأخلاقي الواضح.

أسســـت منظمات الخدمات الصحية منذ ســـبعينات القرن الماضي وسائل مختلفة لحل المشـــكلات الأخلاقية، مـــن أبرزها لجان الأخلاقيات المؤسســـية (Institutional Ethics Committees) ومجالس المراجعة المؤسسية (Institutional Review Boards) ولجنة مراجعة رعاية الرضع (Infant Care Review Committee). باستطاعة لجان الأخلاقيات المؤسســـية توفير مدى واسع من المساعدة في القضايا الأخلاقية الإدارية والبيوطبية، في حين أن مجالس الرقابة المؤسســـية هي لجان الأخلاقيات المؤسســـية المتخصصة التـــي تركز على أخلاقيات البحوث، وتفيد في حل المشـــكلات الأخلاقية البيوطبية والحيلولة دون وقوعها أكثر من المشكلات الإدارية، فيما تراقب (لجنة رقابة رعاية الرضع) رعاية الرضع الذين يعانون من عجز.

لجان الأخلاقيات المؤسسية:

انبثقت النواة للجان الأخلاقيات المؤسسية، من عدة مصادر أهمها لجان اختيار الإجهاض (التي كانت مسؤولة قبل قضية (رو ضد ويد) في عام (١٩٧٣م)(Roe v. Wade) عن تحديد ما إذا كانت صحة المرأة الحبلى أو حياتها معرضة للخطر مما يبرر الإجهاض)، ولجنة الأخلاقيات الطبية في المستشفيات الكاثوليكية (التي قيَّمت بعض القرارات العلاجية في ضوء تعاليم الكنيسة)[١]. ولاحقاً في الستينات من القرن الماضي، قامت لجان باختيار متلقي الديلزة الكلوية (غسيل الكلى)، في وقت تجاوز فيه عدد المرضى الملائمين طبياً للديلزة عدد الأجهزة المتاحة.

وجه الحكم القضائي الصادر عام (١٩٧٦م) بخصوص كارين آن كوينلان بإنشاء لجنة «للأخلاقيات» لمراجعة تشخيص حالتها وما تؤول إليه، وأكدت مثل تلك اللجنة التشخيصات والتنبؤات بالأوضاع الصحية وساعدت في قرارات الاستمرار في العلاج الضروري للبقاء على قيد الحياة، وقد سميت تلك اللجان «باللجان القدرية» لأنها كانت تقرر متى يتم توقيف العلاج لكي يقضي المريض من تداعيات مرضه.

يتوقع أن يكون دور لجان الأخلاقيات المؤسسية في القرن الواحد والعشرين أكثر شمولية وأبعد مدىً مما كان عليه سابقاً، إذ إن أول مصادر المعلومات حول تلك اللجان كان الاستطلاع الوطني الذي أعد للجنة الرئيس لدراسة المشكلات الأخلاقية في الطب والبحوث البيوطبية والسلوكية والذي نشر عام (١٩٨٣م)[٢]. لم تتواجد لجان الأخلاقيات المؤسسية في المستشفيات الصغيرة ولم تكن واسعة الانتشار في المستشفيات الكبيرة أيضاً، بل من الأرجح وجودها في المستشفيات التعليمية، وكان يقدر وجود أقل من مئة من تلك اللجان في البلاد، وقد ساعدت قضية كوينلان على تأسيسها في المستشفيات.

ارتفع عدد لجان الأخلاقيات المؤسسية بشكل سريع في بداية الثمانينات من القرن الماضي ففي عام (١٩٨٥م) اكتشفت الاستطلاعات التي قامت بها الجمعية الوطنية لممثلي المرضى وجود تلك اللجان في (٥٩٪) من المستشفيات. دفعت منازعات الطفل الرضيع (دو) في أوائل الثمانينات الميلادية بالعديد من المستشفيات إلى إنشاء لجان الأخلاقيات المؤسسية المتخصصة لمعالجة المشكلات الأخلاقية المتعلقة بحديثي الولادة الذين يعانون من عجز جسيم، إلا أن نمو أعداد لجان الأخلاقيات المؤسسية الجديدة تباطأ في أواخر الثمانينات[٣]، وتأكد ركود النمو بتقديرات الأعداد في عام (١٩٩٣م)

التي أكدت أن حوالي (٦٠٪) من المستشـفيات لديها لجان الأخلاقيات المؤسسية فيما قدرت شبكات الأخلاقيات المحلية والتابعة للولايات العدد من (٦٣٪ إلى ٨٥٪)[٤]. وعلى النقيض من ذلك، وجد استطلاع للاتحاد الصحـي الكاثوليكي في عام (١٩٩٣م) أنه لدى (٩٢٪) من الأعضاء المستجيبين للاستطلاع لجان للأخلاقيات المؤسسية[٥]. وسبق أن اقتُرح في عام (١٩٩٠م) أن لجان أخلاقيات المستشـفيات قد نضجت وآن لها أن تعيد النظر في أدوارها لتقرر ما إذا كان عليها أن تعمل بطرق أخرى وتعنى بجوانب أخرى من المنظمات[٦]. تبين تراجع تدخل لجان الأخلاقيات المؤسسية في استشارات الحالات الصحية في التسعينات، وبدا توجهها نحو قضايا ملاءمة التقنية، وحقوق المرضى، والعلاقات بين مقدمي الرعاية الصحية وتناقضات القيم المجتمعية[٧]، ووجد استطلاع آخر للمستشـفيات التخصصية أن (٨٦٪) من لجان الأخلاقيات المؤسسية تؤدي دوراً في صنع القرارات الإكلينيكية الجارية من خلال الاستشارات الأخلاقية، وتشارك جميع تلك اللجان ضمن المستجيبين للاستطلاع في تطوير السياسات الإكلينيكية المؤسسية. وجد الاستطلاع أن (٤,٥٪) من اللجان وضعت سياسة حول الرعاية المدارة[٨].

تزايد التركيز على استشارات الحالات أخلاقياً في القرن الحادي والعشرين بشكل ملحوظ، ومصدر تلك الاستشارات هو لجان الأخلاقيات المؤسسية التي تشكل القاعدة الرئيسية لها. ونناقش تفاصيل استشارات الحالات لاحقاً في هذا الفصل.

بدأت الخدمات الصحية غير الحادة (Nonacute health services) (الخدمات التي لا تستدعي التنويم) في الانتقال من المستشفى إلى مرافق أخرى، وسوف يتزايد النمو في الحاجة إلى لجان الأخلاقيات المؤسسية واستخدامها ويبلغ أقصاه في مرافق رعاية المسنين (nursing facilities)، ومنظمات الحفاظ على الصحة (HMO) ومنظمات الرعاية المدارة (managed care) وشبكات تقديم الرعاية المدمجة (integrated delivery). وجد استطلاع أجراه الاتحاد الأمريكي لدور وخدمات المسنين أن عدد لجان الأخلاقيات بين أعضائه ارتفع من (٢٩٪) في عام (١٩٩٠م) إلى (٤٥٪) في عام (١٩٩٥م) وأن عدداً كبيرا آخر في طور التخطيط. تراجع اللجان الحالات وتوصي وتراجع وتضع توصيات السياسات وتثقف وترشد الموظفين والإدارة، وقد وجد (٨٢٪) من المنظمات التي شاركت في الاستطلاع أن لجان الأخلاقيات مفيدة[٩].

من الأرجح أن تتطور لجان الأخلاقيات المؤسسية في منظمات الرعاية غير الحادة بطريقة مختلفة، وفق نشاطاتها الفريدة وأدوارها الاستثنائية، وقد أشير إلى أن الأطباء

المشـــاركين في لجان الأخلاقيات المؤسســـية في مرافق رعاية المسنين -على النقيض من الأطباء في لجان الأخلاقيات المؤسســـية في المستشـــفيات- يؤدون دوراً ثانوياً وأن الموظفين الإداريين أكثر أهمية. متوســـط المســـتويات التعليمية للموظفين في مرافق رعاية المســـنين أقل منه في المستشفيات مما يؤجج الاختلافات الثقافية والطبقية بين الموظفين والمرضى، ولأن مرافق رعاية المسنين محكمة التنظيم بالأنظمة والقوانين فمن الأرجح أن يكون التركيز فيها على القضايا القانونية عوضاً عن القضايا الأخلاقية[١٠]. السياق المهم للجان الأخلاقيات كان متطلب اللجنة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية لعام (١٩٩٢م) (اللجنة المشتركة) أن تكون لدى المستشفيات آلية لحل القضايا الأخلاقية[١١]، وتستوفي لجان الأخلاقيات المؤسسية عادةً هذا المتطلب.

التنظيم:

يفضل لمنظمات الخدمات الصحية المعقدة كالمستشفيات التخصصية أن تشكل لجنة أخلاقيات ينبثق منها لجنتان فرعيتان، تعالج أحدهما القضايا الأخلاقية الإدارية فيما تعالج الأخرى القضايـــا البيوطبية. ومن البدائل الممكنة لذلك أن تكون هناك لجنتان أخلاقيتان رئيسيتان، أحدهما للقضايا الإدارية الأخلاقية والأخرى للقضايا البيوطبية الأخلاقية. ويفضل هنا تشـــكيل اللجان المتخصصة لأن اللجنة المؤهلة لتناول القضايا الأخلاقية الإدارية قد لا تكون مؤهلةً بما يكفي لمعالجة القضايا البيوطبية الأخلاقية. وهناك حاجة إلى التوســـع في التخصص ضمن فئات الأخلاقيات الإدارية والبيوطبية المتشعبة (مثل لجان رقابة رعاية الرضع) علماً بأنه يجب تجنب انتشار وتداخل اللجان ولكن يجب التعامل مع المشـــكلات الأخلاقية المختلفة بفاعلية. ينبغي تشـــجيع نموذج اللجان ذات اللجان الفرعية بسبب الحاجة إلى حل كل من المشكلات العامة التي تطال المنظمة ككل والمشـــكلات المحددة والتي قد تكون أحيانـــاً تقنيةً للغاية. حيث لا يطبق الكثير من المستشفيات نموذج لجان الأخلاقيات المتخصصة، إلا أننا نناقش هنا لجان الأخلاقيات المؤسســـية بصفتها الجهة التي تعالـــج كل من القضايا الأخلاقية الإدارية والبيوطبية معا.

جادل فيتش[١٢] بأن المهام الأخلاقية المختلفة التي تتولاها لجان الأخلاقيات المؤسسية متنافرةٌ ومتضاربةٌ لأنها تؤكد على مبادئ أخلاقية مختلفة، وأوصى بتنظيم الأخلاقيات باستخدام النماذج التالية:

١. نموذج الاستقلالية، وينفذ قرارات المرضى المؤهلين الذين تعرف رغباتهم.

٢. نموذج العدالة الاجتماعية، يفحص ويجابه قضايا شمولية مثل سياسة الرعاية الصحية المنظمية، وتحصيص الموارد، وفعالية التكلفة.

٣. نمــوذج منفعة المريــض، يصنع القرارات نيابةً عن المرضــى غير القادرين على صنع القرار.

اللجان الأخلاقية التي تستخدم نموذج الاستقلالية مسؤولةٌ تجاه المريض بينما تكون اللجان التي تســتخدم نموذج العدالة الاجتماعية مسؤولةٌ تجاه المنظمة (أو المجتمع). يؤكــد النموذجان الأول والثالث على القضايا الأخلاقية البيوطبية، أما النموذج الثاني فبالإمــكان من خلاله تناول كل مــن القضايا الإدارية والبيوطبية معــاً، إذا رغب في معالجة النوعين بلجنة واحدة.

قبل أن تتناول المشــكلات الأخلاقية، على لجان الأخلاقيات المؤسسية تطوير بيان بأخلاقياتها، يكون سياقه فلسفة المنظمة، ولا يحدد بيان أخلاقيات لجنة الأخلاقيات المؤسســية كيفية حل كل نوع من المشــكلات، بل هو بيان بالمبادئ العامة التي ترشــد التــداول وتحدد توصياتها، وهذا الإجراء ضــروري لفاعلية اللجنة لأنه يحدد ويقلص الاختلافات في أخلاقيات الأعضاء الشخصية. لا يمكن للجنة الأخلاقيات المؤسسية أن تــدرك تماماً مدى اختــلاف قيمها عن قيم المريض إلا بفهــم أخلاقياتها والتعبير عنهــا بوضوح، ولا بد من فهم ذلك الاختلاف جيداً إذا أردنا حقاً احترام اســتقلالية المريض.

دور لجان الأخلاقيات المؤسسية:

منذ بداياتها الأولى توسعت لجان الأخلاقيات المؤسسية في نشاطاتها كثيراً.

الأدوار العامة: تؤدي لجان الأخلاقيات المؤسسية دورين عامين، الأول هو المساعدة في تطوير أو إعادة النظر في فلسفة المنظمة (وذلك لدفع المنظمة نحو الثقافة المفضلة) والرؤية والرســالة المشــتقة منها. مــن الأرجح أن تؤدي تجــارب ونطاق تخصصات الأعضاء نتائج أكثر دقةً وأعمق تحليلاً، أما الدور الثاني للجان فهو التعليم. إذ يجعل تشــكيل عضوية لجان الأخلاقيات المؤســســية وتجاربهم من تلك اللجان مرجعاً علمياً ومصدراً للخبرات، ويعكس الأســلوب النمطي -الذي يركز على الحالات- السفسطة التي ناقشــناها في الفصــل الأول، ويجب أن تتاح تلك المصادر المتشــكلة في اللجان لمجلس الإدارة والموظفين، إذ تضيف تلك الميزات مســتوىً من الرفعة للمنظمة وتحسن صنع القرار الأخلاقي الإداري والبيوطبي.

النشـاطات العامة: تقوم لجان الأخلاقيات المؤسسية بنشاطات عامة مثل تطوير السياســات والتعليم ومراجعة الحالات والإرشــاد للأفراد حســب طلبهم، وقد تشمل النشــاطات المحــددة تطوير نماذج الموافقــة على العلاج وسياســاته، وتحديد معايير تحصيص الموارد الشــامل وتوفير الإرشــاد للقضايا المتعلقة بالإبــلاغ عن المخالفات وتطوير إجراءات عدم الإنعــاش (Do not resuscitate-DNR) وموافقة المرضى على العلاج، ومعالجة الخروج غير الطوعي من المستشــفى، وتناول قضايا سلامة المرضى، والمشورة في قضايا منع أو سحب أجهزة دعم الحياة عن المرضى، ومن الأدوار الممكنة الأخرى المساعدة على تأسيس ثقافة سلامة المرضى[١٣] والحفاظ عليها.

القضايـا الأخلاقيـة: تركــز لجان الأخلاقيات المؤسســية حاليــاً وحصرياً على المشــكلات الأخلاقية البيوطبيــة، ولا تكرس وقتاً يذكر للقضايــا الأخلاقية الإدارية، مثل تناقض المصالح، أو للمشورة في صياغة السياسات وقرارات التحصيص الشامل، ويؤســف لهذا النطاق الضيق من النشــاطات لأنه يقلص القيمة الممكنة لتلك اللجان، وتشمل الفوائد الرئيســية من لجان الأخلاقيات المؤسسية في الأخلاقيات البيوطبية تمكين صنع القرار من خلال توضيح القضايا المهمة، وتشــكيل السياسات الثابتة حول أجهــزة دعم الحياة، وإتاحة الفــرص للمهنيين للإفصاح عن الاختلافات في الآراء، لا يبدو أن لجان الأخلاقيات المؤسسية فعالة في رفع قدرة أسر المرضى على التأثير في القرارات، أو في تثقيف المهنيين حول القضايا المتعلقة بقرارات اســتخدام أجهزة دعم الحياة.

الاستشارات الأخلاقية: الاستشارات الأخلاقية هي من نشاطات لجان الأخلاقيات المؤسســية المهمة التي يشارك أعضاؤها في المشــورة والمساعدة على حل المشكلات البيوطبيــة الأخلاقيــة التي تتمحــور حول المرضى، تشــبه الاستشــارات الأخلاقية الاستشــارات الإكلينيكية، حيث يقوم بالاستشارة أعضاء اللجنة من ذوي التخصصات الإكلينيكيــة وغيــر الإكلينيكيــة الذين لديهم اهتمــام خاص وتهيئة فــي الأخلاقيات البيوطبيــة، وتطــور اللجنة وتوصــي بالسياســات المتعلقة بالاستشــارات الأخلاقية للإدارة، كما أنها تعمل أيضاً كمؤشر ومسبار للمشكلات التي تنشأ خلال الاستشارات الأخلاقيــة. يكون الإكلينيكيون الذين يقدمون استشــارات أخلاقية همزة الوصل بين خبراء الأخلاقيات والهيئة الإكلينيكية الذين يرعون المريض، ويمثل هؤلاء الإكلينيكيون مورداً لخبراء الأخلاقيات والعكس صحيح. يكون أعضاء لجان الأخلاقيات المؤسسية خلال الاستشارات الأخلاقية على أهبة الاستعداد للإدلاء بمعلوماتهم وبذل جهودهم،

ويوفر لهم الدعم حسب الحاجة، ويُستخدم نموذج مختلف يضم استشارياً رئيساً يعاونه أعضاء آخرون من لجنة الأخلاقيات، ويكون لهؤلاء الاستشاريين الرئيسيين ومعاونيهم خلفيات علمية مختلفة، ولكنهم تلقوا جميعاً تعليماً في الأخلاقيات ويشاركون في مراجعة الحالات وتدريس الأخلاقيات والاجتماعات المنتظمة للموظفين، وقد طُور أحد أوائل نماذج الاستشارات الأخلاقية في جامعة فرجينيا في أواخر الثمانينات الميلادية[١٤].

وجدت لجنة الرئيس في أوائل الثمانينات أن لجان الأخلاقيات المؤسسية كانت منشغلةً بعدد قليل من الحالات ويسيطر عليها المهنيون الطبيون إلى حد استبعاد المرضى وأقربائهم غالباً [١٥]، وبعد طفرة من النشاط في منتصف الثمانينات وأوائل التسعينات تقهقر نشاط استشارات الحالات، ومع ذلك استمرت مشكلة تمثيل المرضى ومراقبة وحضور أقارب المرضى مما جدد العناية بأهمية الحاجة إلى استشارات الحالات. تتاح عادة الاستشارات الأخلاقية في المستشفيات الكبرى، وتشمل أهدافها الرئيسية التدخل لحماية حقوق المرضى، وحل الصراعات الحقيقية منها والمتخيلة، وتعديل رعاية المريض لتحسين الجودة ورفع رضا المريض وأسرته[١٦]. تثير رعاية المريض من قبل أفراد أسرته تساؤلات كبيرة حول استقلالية المريض وبخاصة فيما يتعلق بتحصيص الموارد والموافقة على العلاج، فقد وجدت دراسةٌ قام بها مركزٌ طبي لأسباب الاستشارات الأخلاقية أن أكثر القضايا شيوعاً تتعلق بوصاية صنع القرار، يليها قضايا عدم الإنعاش ونهاية الحياة، ونقل الأعضاء من متبرعين أحياء، ورفض المرضى الرعاية الطبية والمرضى المشاغبين والمخلين بالنظام، وقد كان آخر الأسباب - بقدر كبير - استشارات الجدوى الطبية من الرعاية[١٧]، مما يشير إلى أن هذه الهموم والقلق مبالغ فيهما.

التنوع الثقافي: يجب أن يكون موظفو وأعضاء لجان الأخلاقيات المؤسسية -في المؤسسات التي يكون فيها أصحاب المصلحة من خلفيات ثقافية مختلفة- حساسين نحو الآراء المختلفة في الخدمات الطبية، وبخاصة فيما يتعلق بالأحداث الجسيمة كالاحتضار والوفاة.

الأمنيات الأخيرة.

أدخل أمريكي أصلي (هندي أحمر) إلى قسم الطوارئ بمستشفى ميموريال وهو في حالة خطيرة، فقد كان قصور قلبه مميتاً، وقد تمكن

مـــن إبلاغ أمنياته التـــي أكدها صديق له، بعدم اســـتخدام الاحتياطات القصوى لإنقاذه وأن يسمح له بالموت الطبيعي وبسلام. كان يتوقع موته خلال ســـاعات أو أيام معدودة وشرح صديقه للهيئة التمريضية أنه وفق تعاليم دينهم لا تنعم روح المحتضر بالراحة الأبدية إلا إذا مات في مكان مكشـــوف حيث تســـتطيع الروح أن تعرج إلى السماء بدون إعاقة جدران وأســـقف المباني، ورغب أعضاء هيئة التمريض في تحقيق رغبة المريض ولكنهـــم لم يعرفوا ما العمل. فمـــا كان بإمكانهم أخذ المريض إلى خارج المبنى إلا عنـــد اللحظات الأخيرة من احتضـــاره، لذلك راقبوه عن كثب وعندما قرروا أنه فـــارق الحياة، رغم أن الطبيب لم يعلن وفاته، وضعوه فـــي نقالة وغطوه وأخذوه خارج المبنى من خـــلال مدخل الخدمة، وبعد بضـــع لحظات بعيداً عن المبنى أعادوا جثمانه إلى وحدة التمريض. عاد صديقه إلى المستشفى بعد قليل وشكر الموظفين لسماحهم لروح المتوفى «بالذهاب إلى السماء».

استطاع موظفو التمريض أن يلبوا رغبات المريض بدون الإخلال برعايته أو تعريض المرضى الآخرين للخطر، وكان فعلهم ملائماً مع أنه خارج نطاق العلاقة التقليدية بين المريض والممرض. تعد تلبية احتياجات المريض الروحانية مهمةً -عادةً- للاســـتجابة السريعة للعلاج وخفض احتمال الاكتئاب، ويرفع عدم الاستجابة للاحتياجات الروحانية خطر الوفاة وســـوء الصحة العقلية ويخفض جودة الحياة، وعلى الرغم من ذلك، نادراً ما يتلقى الإكلينيكيون القدر اليسير من التدريب في هذا المجال[١٨].

العضوية:

وجدت لجنة الرئيـــس أن أعضاء لجان الأخلاقيات المؤسســـية البيوطبية متعددو التخصصات، أكثر التخصصات انتشـــاراً كان الأطباء بواقع متوســـط عضوية خمسة أطباء بكل لجنة، وشـــارك في كل لجنة بالمتوسط واحد من رجال الدين (الأكليروس)، ووجد في عضوية أقل من نصف اللجان المحامون والأشخاص العاديون (غير المهنيين) وأخصائيـــون اجتماعيون وأطباء الامتياز (قيـــد التدريب)، وعمل الإداريون في حوالي نصـــف اللجان. ولم تجد لجنة الرئيس رابطاً قويا بالمجتمع، الأمر الذي يمكن توفيره مـــن خلال مشـــاركة أعضاء مجلـــس الإدارة أو المواطنين من منطقـــة خدمة المنظمة، إذ يضيـــف أعضاء المجتمع منظوراً مهمـــاً لصنع القرار[١٩]، ووجـــدت اللجنة أن تمثيل

الإداريين في لجان الأخلاقيات المؤسسية أقل مما ينبغي، ربما لعدم اهتمامهم بالأمور الإكلينيكية، كما أشير أيضاً في بداية التسعينات إلى ضعف تمثيل المرضات من حيث عددهـن في منظمات الخدمات الصحية وأيضاً من حيث عدد المشـكلات البيوطبية الأخلاقية التي يواجهونها[٢٠]. تشير المعلومات الحالية عن لجان الأخلاقيات المؤسسية إلى استمرار هيمنة عضوية الأطباء، وأصبح تمثيل المرضات ملائماً، إذ تؤدي عضوات من هيئة التمريض استشـارات أخلاقية في (٧١٪) من المستشـفيات، ووجدت إحدى الدراسات أن حوالي نصف أعضاء جميع اللجان كانوا من الأطباء والممرضات[٢١]، ومن المهـن الأخرى التي يحتمل أن يعمل أفرادها في الاستشـارات الأخلاقية الأخصائيون الاجتماعيون والقساوسـة والإداريون والمحامـون، ويتلقى معظمهم التدريب من خلال الإشـراف الرسـمي المباشـر من قبل عضو آخر في اللجنة أكثر خبرة، وقد أفاد ثلثا المستشـفيات تقريباً بمشاركة الإداريين مما يشير إلى مشاركة أكبر من تلك الفئة وهو ما ينبغي[٢٢].

العلاقات:

تعتمد فاعلية لجان الأخلاقيات المؤسسية إلى درجة كبيرة على موقعها في المنظمة، فقـد تكون لجنة دائمـة لمجلس الإدارة أو الهيئة الطبيـة أو الإدارة، ولكن يدعو القلق -من هيمنة الأطباء على لجان الأخلاقيات المؤسسية- بعض الخبراء إلى اقتراح ربطها بمجلس الإدارة أو الإدارة ويجب اختيار الأعضاء حسـب قدرتهم على تحليل القضايا الأخلاقية بطريقة حيادية لا بسبب تمثيلهم لمجموعة بعينها.

تختلف علاقات لجنة الأخلاقيات المؤسسـية وفق نشاطاتها أو الدور الذي تؤديه، والذي قد يكون محدداً أو عاماً، أما النشـاطات العامة فتمتد خلال المنظمة -وتشمل كما أشـرنا سابقاً- صقل وتحسين الفلسفة وتعليم الأخلاقيات وصنع قرار تحصيص الموارد العام وتطوير السياسات (مثل سياسة تضارب المصالح)، أما النشاطات المحددة فأكثرها شـيوعاً هي استشـارات تحصيص الموارد لحالات محـددة، أو على النطاق الدقيق وتحليل الحالات والمواقف، ومن الأمثلة على النشـاطات المحددة تحديد ما إذا كان قرارٌ ما يتسق مع فلسفة المنظمة.

على لجنة الأخلاقيات المؤسسـية أن تكون اسـتباقيةً في تطوير وتنقيح الفلسـفة المنظمية، وفي مراعاة وتدارس المضامين الأخلاقية لتحصيص الموارد الشمولي، وبالمثل عليها أيضاً المبادرة بمراجعة ومراقبة إجراءات موافقة المرضى على العلاج. وقد تقرر

اللجنة أحياناً اتباع أسـلوب أكثـر هدوءاً ومرونةً في بعض القضايـا، وتنتظر إلى أن تستشـار في حالات محددة من تضارب المصالح، وسوء استخدام المعلومات السرية أو في مشكلات أخلاقية بيوطبية معينة.

عدا ما ذكرنا أعلاه، من الأرجح أن تكون لجان الأخلاقيات المؤسسية فعالةً عندما تنتظر أن تستشار، عوضاً عن فرض نفسها في قرارات حول مشكلات أخلاقية محددة، وبصفتها جهات استشارية تقدم لجان الأخلاقيات المؤسسية وحدها توصياتها لصناع القرار، وقد تكون توصيات الاستشارات الأخلاقية خياريةً أو إلزامية، واتباع توصيات اللجنـة قد يكـون اختيارياً أو إلزامياً. يبـين الجدول (١) التركيبـات الممكنة لأدوار اللجنة.

وجدت إحدى الدراسـات أن معظم الأطباء (٧٢٪) يرون أن الاستشـارات أنتجت معلومات تفيد في القضايا الأخلاقية المسـتقبلية، ويتردد الكثير من الأطباء في طلب استشـارة أخلاقية، ومن الأسـباب التي ذكرت لذلك التردد أن الاستشارات تستهلك الكثير من الوقت، وأنها قد تجعل المشـكلة أسـوأ، وأن الاستشاريين غير مؤهلين أو لا يقدمون أي عون، وأن الحلول لا تتسـق مع الممارسـة الجيـدة[٢٢]. ولا يرجح أن يتقبل الأطباء استشـارةً أخلاقية تكون فيها كل من مشاركة اللجنة وتقبل مشورتها إلزامية. إضافةً إلى ذلك فهي لا تستحب.

مشاركة لجنة الأخلاقيات المؤسسية في صنع القرار	تقبل واستخدام المشورة التي تقدمها لجنة الأخلاقيات المؤسسية
اختياري	اختياري
اختياري	إلزامي
إلزامي	اختياري
إلزامي	إلزامي

الجدول (١): مصفوفة الأدوار الممكنة للجنة الأخلاقيات المؤسسية

المشاركة إلزامية في المواقف التي يكون الطبيب فيها على استعداد لتطوير البدائل وشرحها للمريض أو الآخرين من المعنيين بالأمر، حتى لو لم يكن الأطباء على استعداد لاسـتخدام مشـورة أخلاقية فهناك فوائد مـن التحليل والتوصيـات المتاحة لصناع القرار.

لجنة الأخلاقيات المؤسسية.

تقدم إلى المدير التنفيذي لمنظمة «كوميونيتي هيلث بلان» مجموعةٌ من «شمالي النهر» وقد كانت تلك المنطقة من المدينة تعاني كساداً اقتصادياً وقد خسرت خلال العقد الماضي العديد من منظمات الخدمات الصحية والأطباء فيها إلى الضواحي، وقد بدت الأوضاع وكأنها في منزلق لولبي بدون بصيص أمل. وقد أدى تناقص المرضى المؤمن عليهم إلى تناقص أعداد المنظمات الصحية التي توفر خدماتها في المنطقة، وقد قام المستشفى الذي تملكه حكومة المدينة بعدة محاولات فاشلة لخدمة المنطقة شمالي النهر بمنظومة من العيادات ولكن تلك المحاولات شابتها الفضائح، حتى أصبحت منظومة العيادات بمثابة كرة سياسية تتقاذفها الأطراف وبدون أدنى مصداقية في المجتمع.

كان ممثلو شمالي النهر من قادة المجتمع، ولم يكن لأي منهم طموحات سياسية تذكر، وبدا أنهم حقاً على استعداد لبذل ما أمكن بهدف تأمين خدمات صحية ذات جودة عالية لمجتمعهم واقترحوا أن تُنشئ منظمة «كوميونيتي هيلث بلان» وتوفر الطاقم الإكلينيكي لثلاث عيادات في المنطقة، وأفاد قادة المجتمع أنهم سيجدون متطوعين لإعادة ترميم المرافق والعمل بالوظائف المكتبية.

عرض المدير التنفيذي المبادرة المقترحة إلى لجنة الأخلاقيات المؤسسية التي تضم أعضاء من مجلس الإدارة والمديرين والأطباء ومقدمي الرعاية الآخرين، وشدد المدير في عرضه على دور هيلث بلان التاريخي في توفير الخدمات للمحتاجين، وتصنيف المنظمة غير الربحي وكذلك على الفائض المتواضع المستمر. واستمع الأعضاء بصبر ولكن ما إن انتهى المدير من عرضه حتى تسابقوا في الحديث في آن واحد، وقد عارض عددٌ منهم المقترح وأبدوا الملاحظات التالية عن المشروع المقترح:

١. المنطقة شمالي النهر هي مسؤولية المدينة ولا يمكن لمنظمة صغيرة غير ربحية مثل هيلث بلان أن توفر الرعاية للمحتاجين.

٢. التزام المنظمة الأساسي هو نحو تحسين المنافع للمشتركين فيها لا الانشغال بمشاريع جديدة، وقد طالب العديد من الأطباء والمشتركين بخدمات جديدة.

٣. يسهل استهلاك الفائض المتواضع الذي ادخرته المنظمة خلال عدة سنوات بالمشروع المقترح كما أشار المدير المالي إلى احتمال رفع أقساط إعادة التأمين التي تدفعها المنظمة للشركات التأمينية في الربع المالي القادم.

٤. حتى لو استبعدت المنظمة ألاعيب المدينة السياسية بتوفير المساعدة المؤقتة فلن تتمكن المدينة من ترتيب أمورها وتطوير النظام اللازم لشمالي النهر.

كما تحدث عدد من الأعضاء لصالح العمل مع المجتمع شمالي النهر وأثاروا النقاط التالية:

١. مساعدة مجتمع شمالي النهر هو ما ينبغي عمله لأنه الحق ويستحق سكان تلك المنطقة خدمات الرعاية الصحية، وأشار أحدهم إلى أن بداية هذه المنظمة ذاتها نشأت عندما حارب عددٌ من الأطباء التوجهات السائدة آنذاك بين أندادهم حول ممارسة الطب مسبق الدفع.

٢. يقدم المناوئون للمقترح المال على صحة الناس، ويجب عليهم مساعدة الأقل منهم حظاً.

٣. يساند أعضاء المنظمة مثل هذه المبادرة لو شرحت لهم.

٤. تدعم الدعاية الايجابية مصالح المنظمة برفع عدد المشاركين.

بدا للمدير التنفيذي أن الموقف لا يتجه نحو الفوز، إذ لم تكن فلسفة المنظمة قد طُوِّرت جيداً وكان المقترح مشروعاً كبيراً. هل يجب اتخاذ أي إجراء لمساعدة مجتمع شمالي النهر؟ فقد أثار أعضاء اللجنة نقاطاً قيمةً تستدعي نقاشاً إضافياً.

تصف هذه الحالة القضايا التي تنتج عن صنع القرارات حول التحصيص الشمولي للموارد، إلا أن المشكلات هنا أكثر تعقيداً لأنه طلب من «كوميونيتي هيلث بلان» أن تتبرع بالمساعدة وأن تفعل ذلك من فائضها المتواضع. تشمل نظريات العدالة في التحصيص العدالة الجزائية أو التعويضية (أي توزيع الموارد للتكفير عن آثام سابقة)، والعدالة الخيابة (يذهب العون لمن لا يستحقه ولا يحق لقيادة المنظمة المخاطرة بمقدراتها وهي ما دفع المشتركون لتحقيقه)، والمساواتية في إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية

وما إذا كان توفيرها للمجتمع شمالي النهر مسؤولية الحكومة، والمنفعة كأحد عناصر الإحسان التي تحدد مسبقا.

المشكلة الهامة التي واجهت «كوميونيتي هيلث بلان» هي أنها لم تتدارس هذا الجانب من علاقاتها -مع مجموعات فرعية متميزة من المجتمع- في صياغة فلسفتها المنظمية وبيانات رؤيتها ورسالتها وكان من الأجدى لها أن تطورها مسبقاً بطريقة شمولية عوضاً عن تناولها بطريقة مرتجلة. ونولي تحصيص الموارد دراسةً إضافيةً في الفصل الثالث عشر.

الخلاصة:

لجان الأخلاقيات المؤسسية مفيدةٌ من عدة نواحي، وعلى العموم، يفترض أن تحسن تأثيراتها صنع القرار الإداري والبيوطبي، ولكن لا يمكن افتراض أن مجرد وجود تلك اللجان يضمن نجاحها، ومثل جميع الأمور والإجراءات، يجب تقييم لجان الأخلاقيات لتحسين أدائها[٢٤].

قد تخلق لجان الأخلاقيات المؤسسية مشكلات كامنة، فالهواجس التنظيمية وخاصةً ما يتعلق بالتبعات القانونية واجتناب الحرج العام يمكن أن يعظم القلق على أهداف المرضى[٢٥]. وقد أشير ببعض التطرف، أنه لا يمكن أن تكون لجان الأخلاقيات المؤسسية موضوعيةً لأنها تمثل المنظمات، ولذلك عندما ينشأ خلاف سوف تتبنى وجهة نظر المنظمة لاجتناب المجازفة، وبذلك تفشل في دورها الرئيس كممثلة للمرضى[٢٦]. وعلى الإدارة ضمان عدم فساد لجان الأخلاقيات المؤسسية على هذا النحو.

لجان المراجعة المؤسسية:

قد يظن مديرو الخدمات الصحية أن البحوث والتجارب حصر على المراكز الصحية الأكاديمية، التي تطبق فيها معايير المراجعة والحماية الصارمة، إلا أن العديد من منظمات الخدمات الصحية تعد البحوث، وقد يجهل بعضها المديرون غير الإكلينيكيين.

المبادئ الأخلاقية في البحوث:

تؤكد ضوابط البحوث المعاصرة على الموافقة الطوعية الواعية من الشخص الخاضع لها، وقد بدأ التأكيد الحديث على الموافقة في البحوث في عام (١٩٠٠م) عندما حددت هيئة من حكومة ولاية بروسية أن الموافقة الصريحة ضرورية[٢٧]. تحظى

الأهلية العقلية للشـــخص الخاضـــع للبحث باهتمام أقل مما هـــو الأمر في الموافقة، ينص أحد اشتراطات ضوابط نوريمبرغ (١٩٤٩م) على حق الخاضع للبحث في إيقاف التجربـــة متى ما رغب في ذلك. يضع هـــذا التحفظ عبئاً على الخاضع للبحث الذي قد يصبح عاجزاً بســـبب التجربة، أو بسبب مشكلة طبية لا ترتبط بالتجربة، أو الذي يرهبه الوضع أو الأشخاص القائمون على البحث. كما أن الخاضعين للبحوث يفتقرون إلى الخبرة والمعرفة التقنية لإدراك مدى تعرض ســـلامتهم للخطر، وتم تصحيح هذا الضعف جزئياً في معاهدة هلســـنكي (١٩٦٤م نقحت عام ١٩٧٥م وعام ١٩٨٩م) التي أوصت بتشكيل لجنة مستقلة لمراجعة وإجازة سلوكيات وبروتوكولات التجارب.

فـــي عـــام (١٩٧٨م) أصدرت الهيئة الوطنيـــة لحماية البشـــر الخاضعين للبحوث البيوطبية والســـلوكية «تقريـــر بيلمونت» بعنوان: «المبـــادئ والأدلة الأخلاقية لحماية البشـــر الخاضعين للبحوث» الذي حدد المبادئ والأدلة الأخلاقية للبحوث التي يخضع لها بشر. وكانت أكثر إسهاماته تأثيراً إعلانه لثلاثة مبادئ هي: ١) احترام الأشخاص (ويتحقـــق ذلك من خلال إجراءات الموافقة الواعية)، ٢) الإحســـان (بمقارنة المخاطر والمنافع) ٣) العدالة (الاختيار العادل للخاضعين للبحوث) وقد وفر هذا التقرير إرشاداً مهمـــاً للحدود بين البحوث والطـــب الإكلينيكي[٢٨]. بل تنعكس مبادئـــه وأدلته في نوع اللجنة التي تتطلبها وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية.

تســـمح جميع ضوابط وأدلة البحوث بالبحوث اللاعلاجية، وتُسلِّم بالحاجة إلى المتطوعين الذين لا يوفر لهم العلاج التجريبي أي منفعة تشـــخيصية أو علاجية في بعـــض البحوث. تُوازن اللغة النفعية -المســـتخدمة في جميـــع الضوابط- المخاطر للخاضعـــين للبحث (في البحوث اللاعلاجية) مـــع المنفعة للمجتمع، وعلى النقيض، يشـــير التأكيد على الموافقة الواعية و الطوعية إلى فلســـفة كانتية (فلســـفة كانت) وتعكس مبادئ عدم الاضرار واحترام الأشخاص، إضافةً إلى فضائل العدل والأمانة والموثوقية، ويترســـخ هذا المنظور فـــي الإطار التنظيمي لـــوزارة الصحة الأمريكية («حمايـــة البشـــر الخاضعين للبحـــوث»، رفاهة الجمهور، ٤٥ ســـي إف آر ٢٠٠١).
.(Protection of Human Subjects»; Public Welfare, 45 C.F.R.,2001»)

من المشـــكلات الرئيســـية في ضوابط البحوث بعيداً عن التقنين الفدرالي أنها لا تميز جيداً بـــين دور الطبيب كمعالج وباحث، فالعبء الأخلاقي على الأطباء ثقيل لأن ازدواجيـــة اهتمامات (الطبيب - الباحث) تضعهم عرضـــةً لمواجهة تضارب فعلي في المصالح. فما يصلح للخاضع للبحوث كمريض قد يضعف ســـلامة التصميم البحثي،

وتستفحل هذه المشكلة في البحوث اللاعلاجية لأن المخاطر التي يتعرض لها الخاضع للبحث لا يوازنها منافع محتملة، وتقر الجمعية الطبية الأمريكية بهذه المعضلة، وتشدد على إجراءات وقائية كافية لرفاهة وسلامة وراحة الخاضعين للبحوث، إضافةً إلى موافقة مكتوبة بعد الإفصاح الكامل وإعلام الخاضع للبحث تماماً[29].

تشكيل لجان المراجعة المؤسسية:

لحماية البشر الخاضعين للبحوث، يجب على منظمات الخدمات الصحية التي تجري بحوثاً تمولها الحكومة الفدرالية أن تشكل لجنة مراجعة مؤسسية، وهي لجنةٌ مستقلة مكونة من أعضاء من تخصصات علمية وغير علمية تذعن للقانون الفدرالي[30]. وتؤدي مراجعات مبدئية ومستمرة على البحوث التي يخضع لها بشر، وتعد اللجان التي تمارس نشاطات مشابهة لجان مراجعة مؤسسية أيضاً.

أهم المنظمات في حقل الخدمات الصحية التي تتطلب لجنة للمراجعة المؤسسية لمراجعة وإجازة الدراسات البحثية والإشراف عليها، هما وزارة الصحة والخدمات الإنسانية الأمريكية وهيئة الغذاء والدواء الأمريكية، وتنطبق متطلبات وزارة الصحة للجان المراجعة المؤسسية وحماية البشر الخاضعين للبحث على البحوث الممولة (أي تلك التي تدعمها أو تجريها تحت تنظيم تشريع بحثي) سبع عشرة وكالةً وإدارةً فدرالية تبنت «النظام المشترك» (common rule) أو "السياسة الفدرالية" لحماية البشر الخاضعين للبحوث[31]. من الوكالات الفدرالية التي تستخدم متطلبات وزارة الصحة، وزارة الدفاع، ووزارة شؤون المحاربين القدامى، ووكالة حماية البيئة، ومؤسسة العلوم الوطنية، ولجنة سلامة المنتجات الاستهلاكية.

يجب مراجعة البحوث التي يشارك فيها بشرٌ خاضعون للبحث الذي تموله الحكومة الفدرالية كلياً أو جزئياً من قبل لجنة مراجعة مؤسسية تنطبق عليها شروط وزارة الصحة، تشمل عادةً طلبات التمويل ضمانات أن المنظمة ستلتزم بمتطلبات وزارة الصحة للبشر الخاضعين للبحوث (واشتراطات أخرى لوزارة الصحة لحماية البشر الخاضعين للبحوث) لجميع البحوث سواءً كانت ممولةً فيدرالياً أم لا[32]، رغم أن ذلك غير مشروط فعلياً.

تنظم هيئة الغذاء والدواء مبيعات الأدوية والمواد البيولوجية (كالتحصينات مثلاً) والمعدات الطبية، بين الولايات ولها نفس متطلبات وزارة الصحة، إلا أنه على النقيض من وزارة الصحة، الاستجابة لأدلة الهيئة بما في ذلك استخدام لجان المراجعة

المؤسسـيـة، هي إلزاميةٌ بغض النظر عن مصـدر التمويل. تنظم بعض الولايات (مثل ولايـة نيويورك) البحوث الطبيـة، ولكن في معظم الحالات تنظـم البحوث المرتبطة بالصحة إما وزارة الصحة أو هيئة الغذاء والدواء.

لا تنظم هيئة الغذاء والدواء التجارب الجراحية، فعلى سـبيل المثال لم تقرر هيئة الغذاء والدواء أن جراحة مجازة الشريان التاجي (جراحة علاج شرايين القلب المنسدة) أو بضع القرنية التشععي (تشريط القرنية،جراحة العين) آمنة أو فعالة، أو أنها يجب أن تكون متاحةً بصفة عامة، وكذلك لا تنظم الهيئة الرعاية الإكلينيكية الإبداعية التي تعرِّف بالاستخدامات الحديثة للعلاجات والعقاقير والمواد البيولوجية والمعدات القائمة، وتتميز الرعاية الإبداعية عن النشاطات الإكلينيكية المعيارية ويتطلب استخدامها أكثر مـن إجراءات المراجعة الموافقة التي تتطلبهـا العلاجات المعيارية. في غياب الأنظمة الحكومية يصبح مديرو المنظمة والموظفون الإكلينيكيون جوهريين في مراقبة نشاطات الإكلينيكيـين الذيـن يطورون اسـتخدامات إبداعية للعقاقيـر أو العلاجات أو الذين يجربون أساليب جراحية وجديدة.

لا يسـهل على المستشـفيات - التي لا يوجد لدى معظمها برامج بحثية مستمرة - أن تعـرف وتحدد التجريب والعلاج الإبداعي، ومع ذلـك فتلك التعريفات مهمةٌ جداً، ليس فقط لأنها تحدد ما إذا كانت هناك حاجةٌ لتلبية المتطلبات القانونية أو لتشـكيل لجنة المراجعة المؤسسـية، بل أيضاً لأنه علـى المنظمة ضمان اتباع إجراءاتها الخاصة للموافقة وحماية المرضى، والتي يفترض أن تكون أكثر صرامة. توضح الحالة التالية المشكلة:

هل هذه تجارب؟

أجرى مدققٌ داخلي تدقيقاً على المستلزمات المستخدمة في الخزعات (biopsies)، وكشـفت بيانات خزعات الكلى تناقضـاً كبيراً؛ إذ يتجاوز اسـتخدام رزم الخزعات عـدد الإجراءات بحوالـي (٥٠٪)، وقد احتار المدقق ولكن أظهرت مراجعة بيانات الطلبات والاستعمال أنها صحيحة، ولا يحتمل حدوث سرقة.

أجرى المدقق تحقيقات غير رسـمية وتحدث للفنيين في مختبر علم الخلايا، ووافق أحدهم على الحديث بسرية عن خزعات الكلى الإضافية. قال الفني للمدقق أن أحد أعضاء زمالة طب الكلى كان يسـتخدم رزمة

خزعة إضافية ليأخذ نسيجاً إضافياً خلال خزعات الكلى، ويرسل النسيج إلى مختبر الخلايا لدراسات خاصة يطلبها الزميل (fellow)، وقال الفني أن الزميل كان يختبر نظريةً جديدةً حول علاج أمراض الكلى في المرحلة النهائية (الفشل الكلوي).

هل يعد هذا بحثاً؟ نعم؛ إذا توافقت نشاطات زميل (fellow) أمراض الكلى مع تعريف البحث بأنه تقص منهجي صُمم ليطوِّر المعرفة العامة أو ليسهم فيها، وأخذُ نسيج إضافي أو استخدام جزء من العينة بالطريقة التي ذكرت هو إجراء التجارب، علماً بأن فعل الحصول على العينة بحد ذاته لا يعد تجريبياً. من خلال محاولة إثبات أو نفي نظرية فإن زميل أخصائيي الكلى يؤدي بحثاً، إلا أن أخذ النسيج الإضافي يستلزم موافقةً مختلفة عن تلك المستخدمة في الخزعة المبدئية الروتينية. ولا يوجد ما يشير إلى الحصول على موافقة ثانية، فأخذ نسيج إضافي أو خزعة ثانية يعرض المريض لمخاطر إضافية، بدون منفعة تشخيصية أو علاجية فعلية أو ممكنة. على المنظمة والمديرين واجب منع البحوث غير المخولة، والسياسات والإجراءات المتعلقة بتلك الممارسات في غاية الأهمية، كما يجب أيضاً مراقبة العلاجات الإبداعية عن كثب، حيث يرتفع مستوى الاهتمام والقلق بارتفاع درجة المخاطرة. وتعد الموافقة المستوفية العناصر (الواعية والطوعية) أساسيةً لكل من العلاج التجريبي والإبداعي.

هناك أيضاً اعتباراتٌ أخلاقية في اقتصاديات تلك الحالة، إذ تضيف الدراسة الثانية إلى أعباء المختبر عبئاً جديداً، وإذا كان طرف ثالث يدفع تلك الرسوم (التكاليف) ويقال لذلك الطرف أو الجهة أن ذلك جزء من تشخيص أو علاج المريض، فإن المنظمة تتصرف بلا أمانة نحو تلك الجهة التي تدفع.

يجب أن تميز السياسات المنظمية الرعاية الإكلينيكية المعيارية من الإجراءات التجريبية. فالحصول على بضع مليمترات من السائل السلوي (amniotic fluid) (الذي يحيط بالجنين) أثناء بزل السلي (amniocentesis) (أخذ عينة من السائل السلوي) يضيف درجة متوسطة من المخاطرة، أما أخذ عينة لم تستخدم من البول الذي يجمع روتينياً لأغراض أخرى، أو إجراء التحليلات على المشيمة المقذوفة لا يشكل أي خطورة على المريض ولكنه يستدعي الموافقة أيضاً. فعدم وجود المخاطر أو وجودها بمستوى طفيف لا يبرر تجاهل حقوق المرضى والواجبات نحوهم. تقر تنظيمات وزارة الصحة وهيئة الغذاء والدواء الحد الأدنى من مخاطر البحوث وتجيز

إجراءات خاصة للمراجعة، وتتلقى بروتوكولات البحوث في تلك الفئات مراجعةً وإجازةً مستعجلة من لجنة المراجعة المؤسسية.

لقد تزامنت ممارسة البحوث في الطب مع الممارسات الطبية ويمكن تعريف البحوث بأنها تجربة وسائل وأساليب ومنهجيات وتقنيات جديدة، وبدونها تركد وتتعطل المعارف الطبية، إلا أن حماية حقوق ورفاهة البشر الذين يخضعون لتلك البحوث يبقى مصدراً للمشكلات والقلق.

الحمى طوال الليل.

أنهت بيفرلي آتكيسون نائب الرئيس للإدارة قراءة محضر لجنة المراجعة، ولاحظت وقوع نقاش طويل حول طول فترة تنويم أحد الأطفال المنومين بالمستشفى، بل إن أخصائية أمراض الأطفال المشرفة على علاجه حضرت أمام اللجنة لتشرح أسباب طول فترة التنويم وتدابير علاجها الخاصة.

كانت الحالة لطفل يشكو من الحمى غير معروفة الأسباب، ولم تبين الفحوص الروتينية بعد تنويم الطفل أية حالة مرضية، وشرحت الطبيبة أنها قرأت عن علاج الحمى في الأدبيات وأعجبتها إمكانياتها، وقررت ملاءمتها في حالة الحمى بدون معرفة مسبباتها، ثم طلبت عقار التايلينول لو تجاوزت الحمى (١٠٢,٥) درجة فهرنهايت، عدا ذلك لا يكون هناك أي تدخل.

وأفادت طبيبة الأطفال أن فاعلية علاج الحمى قد ثبتت حيث تعافى الطفل تماماً بعد مرور ثلاثة أيام. إلا أن التدابير العلاجية أثارت عدة تساؤلات بين أعضاء اللجنة.

تعد هذه التدابير إبداعية، بل قد تكون تجريبية، وتثير هذه الحالة قضيتين أخلاقيتين، الأولى: هل تلقَّى ذوو الطفل المعلومات الكافية عن العلاج بحيث يعطون الموافقة الواعية؟ يرتبط هذا السؤال مباشرة بكيف يحدد المستشفى الحصول على الموافقة الواعية في مثل هذه الحالة؟ وكان يجب استخدام إجراءات خاصة للموافقة والمراجعة لأن هذا العلاج كان إبداعياً، ولو تقرر أن علاج الحمّى تجريبي وليس إبداعياً لكانت القضية الثانية ما إذا كان البحث علاجياً أم غير علاجي. فالعلاج

التجريبـــي الذي قد ينفع الخاضع له يعد علاجياً، والخاضع له هو أيضاً المريض، أما البحـــث غير العلاجي فيتعلق بخاضعين له مـــن الأصحاء أو المرضى الذين يعانون من مشـــكلة طبية غير تلك التي قد تستفيد من العلاج التجريبي، ويجب أن يتلقى البحث اللاعلاجي انتباهاً أدق لأن الخاضعين له لن يستفيدوا منه، وقد يتعرضون لزيادة في المخاطر.

يجـــب أن تطبـــق اللجنة المقبولة مـــن وزارة الصحة المتطلبـــات التالية في مراجعة نشاطات البحوث[٣٦]:

- تقليص المخاطر على الخاضعين للبحث.
- تحديد ما إذا كانت المخاطر التي يتعرض لها الخاضعون للبحث معقولةً مقارنةً بالمنافع المتوقعة.
- اختيار الخاضعين للبحث بإنصاف.
- الحصول على الموافقة الواعية من كل من يعتزم الخضوع للبحث أو من يوكله.
- توثيق الموافقة الواعية حسب المتَّبع.
- مراقبة البيانات التي تجمع لضمان سلامة الخاضعين للبحث.
- حماية خصوصية الخاضعين للبحث والحفاظ على سرية البيانات.

لا بد من وجود إجراءات إضافيـــة للحماية حينما يكون الخاضعون للبحث عرضةً للإكراه أو تحت تأثير ما، ومن الأمثلة على ذلك، الأطفال والمساجين والنساء الحوامل والأشـــخاص الذيـــن يعانون من تخلـــف عقلي أو الذيـــن ينقصهم التعليـــم أو الموارد الاقتصادية. هناك عدة اشتراطات تحدد المعلومات المطلوبة للموافقة الواعية.

تســـتخدم هيئة الغذاء والدواء العناصر الأساسية للموافقة التي تستخدمها وزارة الصحـــة ولكنها تطبق شـــروطاً خاصةً حينما يكون الخاضـــع للبحث في موقف يهدد حياتـــه مما يدعو إلى تطبيـــق قانون الاختبار، ولا يســـتطيع الخاضع للبحث أن يمنح موافقـــة قانونية، أو قد لا يســـمح الوقـــت بالحصول على موافقـــة من وصي المريض القانوني، أو قد لاتتاح وسيلة بديلة لعلاج معروف يعطي احتمالاً مماثلاً أو أقوى لإنقاذ حياة الخاضع للبحث.

المتطلبات:

ألغت التنظيمات الصادرة عام (١٩٨١م) متطلب أن تستخدم أي منظمة تتلقى تمويلاً من وزارة الصحة أدلة الوزارة في جميع بحوثها، بغض النظر عن مصدر تمويل تلك البحوث. بين هذا تحولاً ملحوظاً في دور الحكومة الفدرالية في حماية البشر الخاضعين للبحوث عامة، كما أبرز هذا التغير مسؤوليات المديرين والباحثين ووضع اعتماداً أكبر على سياسات وإجراءات المنظمة، وعلى أخلاقيات المدير الشخصية في تقييم البحث. من الأرجح أن تزيد المشكلات مثل تلك الواردة في حالة «ويلوبروك» التي نناقشها فيما يلي، تقنين الولايات للبحوث.

من ناحية عملية، من الأرجح أن تستخدم المنظمات - التي تتلقى التمويل البحثي من عدة مصادر أحدها وزارة الصحة الفدرالية - لجان المراجعة الداخلية التي تحددها وزارة الصحة لجميع بروتوكولات البحوث فيها، ولكن يسهل الخطأ وعلى المديرين التيقظ للمشكلات الأخلاقية الممكنة في برامج البحوث الرسمية، إضافةً إلى المشكلات الأخلاقية في الحالات المنفردة من العلاج الإبداعي أو الجراحة التجريبية.

يوجد في تنظيمات وزارة الصحة الفدرالية مزيجٌ من الفلسفات والقيم الأخلاقية، فيحدد الإحسان والفرع المشتق منه -تحليل تكلفة المنفعة- منافع البحوث، وعلى النقيض يشكل المنظور الكانتي (الواجبي) ومبادئ عدم الإضرار واحترام الأشخاص أساس متطلبات الموافقة والخصوصية والسرية، كما أن فضائل الأمانة والموثوقية والنزاهة ملائمة هنا أيضاً.

لقد جودل أنه يجب منع البحوث اللا تشخيصية واللا علاجية على الأطفال والبالغين الذين يعدون قانونياً فاقدي الأهلية[٢٧]. لم يمنح الكونغرس هيئة الغذاء والدواء السلطة لتفرض اختبارات واسعة على الأطفال، فالمشكلات الأخلاقية والاقتصادية والسياسية والقانونية والعلمية التي تكتنف البحوث التي تتعلق بالأطفال مرهبةٌ بحيث يتردد الباحثون في التطرق إلى هذا الموضوع، ورغم جهود الكونغرس وهيئة الغذاء والدواء لتشجيع اختبار المواد الصيدلانية والبيولوجية على الأطفال، لا يُجرى إلا القليل من البحوث، وتعتمد أغلب وصفات الأطباء للأطفال على التجربة والخطأ[٢٨]، ويقدر أن من (٥٠٪ إلى ٧٥٪) من الأدوية المستخدمة في طب الأطفال لم تُدرس بما يكفي لتوفير المعلومات المناسبة على ملصق عبوة الدواء[٢٩]، وكما أشرنا سابقاً، يُسمح بالبحوث اللاعلاجية على الأطفال، ويتم تطبيق معدل المخاطرة للمنفعة

بحيـث لا يمكن تعريض أي طفـل لمخاطرة غير ضرورية، كما تُطلـب موافقة كل من الطفل وذويه أو وصيه القانوني.

التهاب الكبد الوبائي للأطفال المتخلفين عقلياً؟[٤٠]

ضم مستشـفى ويلوبروك التابع لحكومة الولاية، وهو مصحة لرعاية الذين يعانون من تخلف عقلي في جزيرة ستاتن بولاية نيويورك، (٥٠٠٠) نزيل في عام (١٩٧١م).

كان الدكتور سول كروغمان استشاري أطفال وأمراض مُعدية عندما بـدأ العمل فـي ويلوبروك في بداية الخمسـينات من القـرن الماضي، واكتشـف أن أمراضـاً مُعديـة مهمة بما فيهـا التهاب الكبـد الوبائي والحصبة والشـيغيلات (الزحار) والعدوى الطفيلية والعدوى التنفسـية منتشـرة بين النزلاء، وكانت الأوضاع في ويلوبـروك مثل أحوال المرافق المشـابهة الأخرى في أنحاء الولايات المتحدة، وشـرع الدكتور كروغمان وزملاؤه في دراسـة تلك الأمراض وتضمن ذلك بحثاً عن لقاح الحصبة والتهاب الكبد الوبائي.

فـي عام (١٩٥٦م) بـدأ الدكتـور كروغمان والدكتورة جـوان غايلز والدكتور جاك هاموند دراسـات على التهاب الكبد وشـارك في مرحلة البحث النهائية (١٩٦٥-١٩٧٠م) (٦٨) طفلاً تتراوح أعمارهم بين (٣ إلى ١٠) سـنوات، حقن الباحثون مصلاً ملوثاً يسـبب التهاب الكبد الوبائي فـي المقيمين في وحداتهـم البحثية، وكان الهدف من ذلك التوسـع في فهم التهاب الكبد واحتمـال تطوير منهجية للتحصين ضده. وقد أجاز هـذا البحث هيئـة الوبائيات في القوات المسـلحة، وهـي أحد ممولي البحث وكذلك أجازتـه الكلية التنفيذية ولجنة التجارب الإنسـانية في جامعة نيويورك، حيث يعمل الدكتور كروغمان عضواً في هيئة التدريس، وأجازت البحث أيضاً إدارة الصحة العقلية في ولاية نيويورك.

دافـع الباحثون عن قرارهم بتعريض الأطفال لسـلالات من التهاب الكبد الوبائي على الأسس التالية:

١. تم تعريضهم للسلالات المستوطنة في المرفق.

٢. تم إدخالهم إلى وحدة خاصة مزودة بالمعدات الجيدة والموظفين المؤهلين وكانـــوا في معزل عـــن التعرض للأمراض المعدية الأخرى الســـائدة في المرفق، وبالتالي كانت الخطورة على الصحة أقل للخاضعين للدراسة من الذين في المستشفى عامة، والذي تحدث فيه أنواع متعددة من العدوى.

٣. من الأرجح أن يصابوا بعدوى دون السريرية (بدون أعراض) يليها مناعة لفيروس التهاب الكبد الذي تعرضوا له.

أكد الباحثون أن الأطفال الذين أعطى ذويهم موافقةً واعيةً فقط هم الذين خضعوا للتجربة.

ثارت زوبعة من السمعة السيئة عندما كشف التجربة عضو مجلس الشيوخ (سيناتور) عن ولاية نيويورك في عام (١٩٦٧م)، حين اتهم الباحثين باستخدام الأطفال كالحيوانات المخبرية، ومع ذلك اســـتمر البحث، وفي عام (١٩٧١م) حققت أعمال المجموعة نتائج مذهلـــة عندما اســـتطاع الدكتور كروغمان وزملاؤه في الفريـــق أن يحصنوا مجموعةً صغيرةً من الأطفال ضد التهاب الكبد الوبائي (بي)، واستبشـــر بالنتائج الأولية كسبق علمي كبير. في دفاعه عن البحث، أفاد الدكتور كروغمان أن الحقن التي سببت التهاب الكبـــد في مجموعة البحث لـــم تُعط إلا بعد تفكير وتـــدارس عميقين، وتحفظ مهني شـــديد، وأيضاً بعد الحصول على موافقة ذوي الأطفال الواعية، وصرح أن الجرعات كانـــت صغيرةً وأن التطعيمـــات أدت عادةً إلى العدوى بدون أن تمرض الأطفال. (بعد (١٢) سنةً من النزاعات القانونية والتنظيمية، أغلق مستشفى ويلوبروك في نهاية عام (١٩٨٧م) عندما صادقت محكمة فدرالية على التسوية النهائية).

رغم أن الدكتور كروغمان وزملائه عرضوا حجةً مقنعة لإجراء البحث والاســـتمرار فيـــه، إلا أن حالة ويلوبروك توضح مشـــكلات أخلاقيةً عديـــدة، فالموافقة التي حصل عليهـــا من ذوي الأطفال أو وكلائهـــم أعطيت تحت ضغوط - لأنهـــم حتماً أُقنعوا أن الأطفال في المجموعة التي أصيبت بعدوى التهاب الكبد قصداً ســـيكونون أفضل حالاً مـــن الأطفال المقيمين في المجتمع الخارجي - وهي أســـوأ إلى حد كبير، ويجعل هذا الاعتبار تطبيق مبدأي الإحسان وعدم الإضرار في غاية الصعوبة.

لا بـــد مـــن إعطاء حجة المنفعـــة العامة مـــن التواجد في الوحـــدة الخاصة بعض المصداقيـــة، فقد تلقـــى الأطفال بعض الحمايـــة من الأمراض الأخرى المنتشـــرة في ويلوبروك وتلقوا علاجاً للحالات الناجمة عن فيروس التهاب الكبد (بي). إضافةً إلى

ذلـك يمكن مجادلة أن هذا البحث كان علاجياً، فرغم أن الأطفال ما كانوا يعانون من التهاب الكبد إلا أنهم كانوا حتماً سـيصابون بالعدوى، كما أنه من الأرجح أن الأطفال في الوحدة كانوا سـيتلقون أذىً من طرق أخرى أقل من بقية الأطفال في المستشـفى وبذلـك يحققون بصفة عامـة مبدأ عدم الإضرار. إلا أن المشـكلة الحقيقية هي أن الأطفال استخدموا كوسيلة إلى غاية، على الرغم من المنفعة الاجتماعية العظيمة التي قد تتحقق في حال نجاح البحث.

تمت الموافقة على بروتوكولات البحث وإجازته من قبل جهات مراجعة بارزة وملائمة، واستمر البحث لست عشرة سنةً (١٩٥٦-١٩٧١م)، ولو افترضنا الحصول على الموافقة الفعالـة من الأهالي أو الأوصياء القانونيين، لسـمحت الأدلـة الفدرالية بهذا البحث اللاعلاجـي، إلا أنه في الوقت ذاته كان بإمكان الفلسـفة المنظمية من خلال مديريها أن تطبق معايير أكثر صرامة، وذلك باسـتخدام فضائل العدالة والرحمة والنزاهة إلى الدرجة التي تمنع إجراء هذا البحث. وفي واقع الأمر يلازم البحوث اللا علاجية على الأطفال أو آخرين - ممن لا يستطيعون أن يعطوا طواعيةً موافقتهم الواعية المؤهلة - الكثير من المشـكلات الأخلاقية بحيث يندر إجراء تلك البحوث. المؤسف هو أن هذه الإشـكالية أدت إلى شح في أنواع معينة من المعلومات الإكلينيكية وبخاصة تلك المعنية بالتأثيرات العلاجية للعقاقير والمواد البيولوجية على الأطفال، الأمر الذي -كما أشرنا سابقاً- يضر بالأطفال في المحصلة النهائية.

أثـارت الأوضاع المزرية في مستشـفى ويلوبروك تسـاؤلات حول عدالة تحصيص موارد الولاية، فهل من العدل أن يعامل الإنسـان بهذه الطريقة؟ وعلى ضوء عدم زيادة المخصصـات المالية من الولاية لابد من تطبيق مبادئ احترام الأشـخاص والإحسـان وعدم الإضرار ضمن القيود والمحددات المالية.

يبـدو وكأن البحث الذي أجري على الأطفـال في ويلوبروك من عصر آخر، عصر لا يلتفت فيه كثيراً إلى حماية البشر الخاضعين للبحوث، وخاصةً الأطفال، ومع ذلك، وبعد مرور ثلاثة عقود نجد مثالاً أكثر بشـاعة على البحوث التي تجرى على الأطفال يحدث في بالتيمور، ويشـترك فيه مؤسسـة كنيدي كرايغر التي ترتبط بجامعة جونز هوبكنز، سـعى البحث الذي موّلته وكالة حماية البيئة - برعاية وتعاون حكومة المدينة والولايـة - إلى إيجـاد بدائل رخيصة لخفض أو إزالة مخاطـر الأصباغ التي تحتوي علـى الرصاص فـي المنازل. وُضع عدد كبير من الأسـر مـع أطفالهم الأصحاء في منازل مسـتأجرة بمسـتويات مختلفة من تخفيف خطورة الرصاص، ولم يُبَلَّغ الأهالي

بمدى الخطورة الفعلي، وبعدما اكتشـفوا ذلك أقاموا دعاوى قضائية[41]. خطّأت أعلى محكمة في مريلاند لجنة المراجعة المؤسسية في مستشفى جونز هوبكنز وحكمت بأنه «في مريلاند لا يسـتطيع الوالد أن يوافق على مشاركة طفله أو أي شخص آخر تحت تصنيـف العجز القانوني في الدراسـات أو البحوث الـلا علاجية التي يكون فيها أي مجازفة بالأذى أو الخطورة على صحة الخاضعين لها»[42].

البحوث المعفاة من المراجعة وتلك التي يبرر التعجل في مراجعتها:

تعفى ست فئات من البحوث من متطلبات وزارة الصحة، منها البحوث التي تجرى في محيط تعليمي معترف به، أو مقبول عادةً، ويتعامل بالممارسـات التعليمية المعتادة، والبحوث المسـتخدمة في الاختبـارات التعليمية وإجراءات المسـوحات والمقابلات أو مراقبة وملاحظة السـلوك العام، والبحوث المتعلقة بجمع أو دراسة البيانات والوثائق والملفات القائمة والعينات المرضية أو التشخيصية، وهذا يحدد الحدود بدقة[43].

تحدد أنظمـة وزارة الصحة البحوث التي يبرر التعجل فـي مراجعتها بأنها كفؤة تنطبق عليها شروط مختلفة، تسمح المراجعة المستعجلة بإجراءات خاصة لإجازة أنواع محددة من البحوث التي لا تشكل خطورةً أكثر من الحد الأدنى للبشر الخاضعين لها، يُجري المراجعة رئيس لجنة المراجعة المؤسسـية، أو مراجعٌ أو أكثر من المراجعين ذوي الخبـرة يختارهم رئيس اللجنة. في مراجعته للبحث يمارس المراجع جميع سـلطات اللجنة. ولا يمكن رفض البحث إلا وفق الإجراءات غير المسـتعجلة[44]. تشـمل الفئات المناسبة للمراجعة المستعجلة -وهي عرضةٌ لبعض القيود- الدراسات الإكلينيكية على العقاقير والمعـدات الطبية، وجمع عينات الدم، وجمع العينات البيولوجية كقصاصات الشعر والأظافر والأسـنان الساقطة، وجمع البيانات بواسـطة أساليب غير باضعة، والبحوث التي تستخدم المواد التي تم جمعها لأغراض أخرى، وجمع البيانات من أنواع مختلفة من التسجيلات، والبحوث على ميزات أو سلوك أفراد أو جماعات، والمراجعة المسـتمرة للبحوث التي سـبق أن أجازتها لجنة المراجعة المؤسسية[45]. تيسر المراجعة المستعجلة إلى حد بعيد إجراء عدة أنواع من البحوث.

تزييف بيانات البحوث:

ظهر بعدٌ فريد لمشكلات البحوث في أواخر السبعينات الماضية وبداية الثمانينات[46]. ارتكب «جون دارسـي» - وهو عضوٌ في زمالة أمراض القلب في جامعة إيموري وجامعة

هارفــرد وطبيبٌ لامعٌ ذو مواهــب فذة - احتيالاً مذهلاً، فقد وُجد أن «دارســي» زيف كميات كبيرة من البيانات المتعلقة بالعوامل الوراثية والبيوكيميائية التي تؤثر في أمراض القلــب، وقد نُشــرت بعض تلك البيانــات في الدوريات الطبية المهمــة، والبعض الآخر يستخدم في دراسات قيد الإعداد، وقد أدرجت العديد من تلك الدراسات أسماء أطباء من الباحثين البارزين كمؤلفين مشاركين، أكد بعضهم فيما بعد جهلهم بذلك تماماً.

دعم «دارسي» أنصارُه حتى تبين لهم جسامة الدليل على خداعه، أما مناوئوه فقد جادلــوا بأن أنصاره فتنتهم وخدعتهم شــخصيته ومواهبه بســهولة. بمجرد أن علم الباحثــون والإداريون في إيموري وهارفارد بالاحتيال حتى ســحبوا بحوثه وملخصاته التي كانت قد قُدمت للنشر، أما بالنسبة للبحوث التي تم نشرها فما كان بالإمكان إلا حثّ القراء ودفعهم إلى تجاهلها. هناك ادعاءٌ بأنه لم يتعرض أي مريض للأذى بسبب أعمال «دارسي» الإكلينيكية، وهو ادعاءٌ لا يمكن تأكيده إلا بمراجعة الملفات الطبية، إلا أن الأذى الأكبر يقع في حقيقة أن قائمة منشــورات «دارسي» تضم أكثر من مئة بحث وملخــص، ولا يســتطيع القراء الذين لم يطلعوا على الاحتيال تمييز المنشــورات التي تحوي البيانات الملفقة.

كانــت المنظمــات المرتبطة بالاحتيال صريحةً بعد اكتشــافه، فما حدث انتهك كلاً مــن أخلاقيات البحوث والحظر الذي تفرضه المنظمــات الممولة (مثل المعهد الوطني للصحة). أما أكثر التساؤلات إحراجاً فتتعلق بكفاية الإشراف، لا على «دارسي» فقط بــل على جميع الأطباء تحت التدريب المشــاركين في البحوث وجمــع البيانات. أدى التقييــم الذاتي في جامعــة إيموري إلى احتياطات وقائية فــي مراجعة عمل الأطباء تحت التدريب وفي مراقبة استخدام أسماء هيئة التدريس كمؤلفين مشاركين، كما تتم مراجعة استنتاجات البحوث عن كثب بعد قضية «دارسي». رغم التدابير الوقائية يرى البعــض «أنها لن تمنع ظهور البيانات الاحتيالية، ولكن في ظل هذا النظام الجديد لن يتمكن شخص مثل «دارسي» أن يرسل البحوث للنشر بمعدل بحث أسبوعياً بدون إثارة الشــكوك»[٤٧]. تعد الريبة المعقولة والتشــكيك العقلاني فيما يتعلق بالبحوث نوعاً من الحكمة، فقد أفادت إحدى الدراسات حول التلاعب في البحوث بما يلي:

> بعــد مرور جيل تقريبــاً بعد بدء الجهود للحــد من التلاعب في العلوم، تشــير اســتجابات علماء المعهد الوطنــي للصحة أن محظورات البحــوث والبحوث والدراســات المنشــورة والأطروحــات وطلبات المنح

البحثية المزيفة والمتلاعب فيها أكثر انتشاراً بكثير مما كان يشتبه فيه حتى اليوم. تشكك دراستنا في فاعلية الرقابة الذاتية[٤٨].

أشار استقصاءٌ آخر بأن التزييف والتلاعب هما من أعراض مشكلة أعمق كالانتحال وتضارب المصالح وعدم موافاة متطلبات استخدام البشر في البحوث وسوء استخدام المعلومات السرية وعدم عرض النتائج التي تناقض نتائج دراسات الباحث السابقة وعدم التبليغ عن استخدام البيانات المغلوطة والتفسير المريب للبيانات[٤٩].

الخلاصة:

تركز التنظيمات - مثل تلك التي تفرضها وزارة الصحة - المسؤولية على المنظمة ولجنة مراجعتها المؤسسية، وبغض النظر عن المتطلبات القانونية يكلّف مديرو المنظمة بواجبات مستقلة في ظل مبادئ احترام الأشخاص والإحسان وعدم الإضرار، وحتى مبدأ العدالة أيضاً (مثل اختيار الخاضعين للبحوث بإنصاف) وذلك لحماية المريض، كما تنطبق كذلك فضائل الأمانة والنزاهة والموثوقية. على المديرين تأسيس نظم وإجراءات لمنع البحوث غير المجازة والتحفظ عليها، وتوفير الحماية الإضافية اللازمة عندما تُقترح أو تُطبق علاجات إبداعية أو بحوث جراحية. تثير قضية «دارسي» مجموعةً فريدة من المشكلات الممكنة في المؤسسات التعليمية والبحثية، من أهمها، إدراك الموظفين لأبعاد الممارسة المقبولة والشجاعة للعمل بموجب تلك الملاحظات.

لجان مراجعة رعاية الرضع:

لجان مراجعة رعاية الرضع هي نوعٌ آخر من لجان الأخلاقيات المؤسسية المتخصصة، وتركز على المشكلات البيوطبية الأخلاقية للرضع الذين يعانون من أوضاع صحية تهدد حياتهم. وجهت تعديلات إيذاء الأطفال الدستورية (القانون العام ٩٨-٤٥٧) لعام (١٩٨٤م) وزارة الصحة بتشجيع تشكيل لجان مراجعة رعاية الرضع في المرافق الصحية، وخاصةً تلك التي تضم وحدات رعاية حديثي الولادة من المستوى الثالث (الرعاية التخصصية)، وحددت وزارة الصحة الأدلة التالية للجان الرضع:

(١) تثقيف وتوعية موظفي المستشفى وأسر الرضع الذين يعانون من أوضاع صحية تهدد حياتهم، (٢) التوصية بسياسات وأدلة مؤسسية فيما يتعلق بمنع العلاج الذي تحدده المعرفة الطبية عن الرضع الذين يعانون من أوضاع صحية تهدد حياتهم،

(٣) تقديم المشـــورة والمراجعة في الحـــالات المرتبطة بالرضع الذين يعانون من أوضاع صحية تهدد حياتهم[٥٠].

تبين الأدلة بوضوح أن وزارة الصحة تَعُدّ تشـــكيل لجان مراجعة رعاية الرضع أمراً عقلانيـــاً ولكـــن المنظمة هي التي تقرر ذلك من عدمه. ويوفر الفصل العاشـــر خلفية التقنينات الأصلية لقضية الطفل «دو» والتعديلات الدستورية لإيذاء الأطفال.

بعض جوانب عضوية وإدارة لجان مراجعة رعاية الرضع الموصى بها في الأدلة جديرةٌ بالذكر هنا، فيجب أن تضم عضوية تلك اللجان أشخاصاً من تخصصات ووجهات نظر مختلفة، لأن الأسلوب متعدد التخصصات يوفر الخبرة والمهارة اللازمة لتزويد وتقييم المعلومات وثيقة الصلة بموضوع المراجعة. ويجب أن تكون اللجنة بالحجم الذي يمكن مـــن تمثيل وجهات النظر المختلفة ولكن أصغر مـــن أن يعيق فاعليتها، ويجب أن تضم العضوية المقترحة أطباء ممارسين (مثل أخصائيي الأطفال وأخصائيي حديثي الولادة وجراحي الأطفال) وممرضةً ممارســـة وأحد إداريي المستشـــفى وأخصائياً اجتماعياً وممثلاً لمجموعة من تصنيف العجز وأعضاء غير مهنيين من المجتمع وعضواً من هيئة المرفـــق الطبية و يكون رئيـــس اللجنة[٥١]. علماً أن التوصية بضم ممثل لمجموعة العجز في اللجنة يناقض مبدأ عدم تمثيل أي من أعضاء اللجنة لمجموعة محددة.

تقتـــرح وزارة الصحـــة أن يكون للجـــان مراجعة رعاية الرضع الدعـــم الكافي من الموظفين بما في ذلك المستشار القانوني، وأن توصي اللجنة بإجراءات لضمان إبلاغ كل من موظفي المستشفى وأسر المرضى أو المقيمين بوجودها وعملها وتوافرها على مدار الأربع وعشـــرين ساعة، وأن تثقف اللجنة نفســـها عن المتطلبات والإجراءات القانونية المتعلقة بها، بما في ذلك قانون الولاية الذي يتطلب الإبلاغ عن أي إهمال طبي معروف أو مشـــتبه بـــه، وأن تحفظ اللجنة تقارير عـــن مداولاتها وتوصيفـــاً ملخصاً للحالات المطروحة ومعطياتها[٥٢].

احتجـــت بحـــدة مجموعاتٌ عديدة بما فيهـــا الجمعية الطبيـــة الأمريكية واتحاد المستشـــفيات الأمريكية واتحادات تخصصات طبية مختلفة على تقنينات الطفل «دو» الأصلية وسعت إلى إيقاف تنفيذها، ولكنّ تعديلات إيذاء الأطفال الدستورية وتقنيناتها دعمتها اتحادات الخدمات الصحية المهنية، التي شملت جميع التخصصات من مقدمي الخدمة المؤسسية والفردية إلى المجموعات المتخصصة، بل كانت الاتحادات فعالةً في تطويـــر القانون والتقنينات، ودعم اتحاد المستشـــفيات الأمريكي القانون الجديد بكل حماسة ونشاط، ولن يجد الكثير من المستشفيات عقبات فلسفية للاستجابة له.

المساعدة المتخصصة:

تحدد هذه الجزئية المساعدة للمنظمات ومديريها وموظفيها الإكلينيكيين في حل المشكلات الأخلاقية البيوطبية والإدارية. اللجان المناظرة للجان الأخلاقيات المؤسسية واللجان المتخصصة -مثل لجان المراجعة المؤسسية ولجان مراجعة رعاية الرضع التي قد تساعد المديرين في تحديد وحل المشكلات الأخلاقية الإدارية- ليست مطورةً تماماً ولكن يجب إعطاؤها المزيد من الرعاية والاهتمام.

خبراء الأخلاقيات:

يوجد في المستشفيات الكبرى أسلوبٌ أقل رسمية من الاستشارات الأخلاقية التي توفرها لجنة الأخلاقيات المؤسسية، ولكن لا يجب قصره على تلك المستشفيات فقط، وفي هذا البديل يتم توظيف خبراء في الأخلاقيات بنظام الدوام الكامل أو الدوام الجزئي، وهؤلاء الخبراء عادةً فلاسفةٌ من حملة شهادة الدكتوراه وقد يكونون من أعضاء هيئة التدريس في الجامعات أو كليات الطب ويقدمون استشارات للموظفين الإكلينيكيين حول القضايا البيوطبية الأخلاقية.

على المنظمات المحتاجة إلى مساعدة خبير أخلاقيات أن تنظر إلى ما وراء الجامعات وكليات الطب وأن تأخذ في الاعتبار شخصاً لديه إعداد متخصص في الأخلاقيات وتطبيقها في تقديم الخدمات الصحية، وهذا يجعل الخبير الأخلاقي امتداداً -ذا توجه إكلينيكي وقدرة على حل المشكلات- للجنة الأخلاقيات المؤسسية.

فض النزاعات:

تؤدي أحياناً خيارات العلاج والقرارات المتعلقة بها إلى النزاعات بين الأطراف المعنية، مثل المرضى وأسرهم وكذلك الإكلينيكيين، وقد تتمكن الأنواع المختلفة من لجان الأخلاقيات (مثل لجنة الأخلاقيات المؤسسية و لجان المراجعة المؤسسية ولجان مراجعة رعاية الرضع) من فض النزاعات، ولكن قد يثير كونُها جزءاً من المنظمة التساؤلات عن موضوعيتها وحيادها. إن كانت المشكلة تكمن في الموضوعية فبالإمكان الركون إلى التحكيم والتوسط لحل النزاعات. ويعمل على التحكيم شخصٌ حيادي هو المحكِّم الذي يودع فيه الأطراف المتنازعة السلطة لصنع قرار يتفقون على تقبُّله، أما الوسطاء فهم أيضاً أشخاصٌ حياديون يعملون مع الأطراف المتنازعة للوصول إلى نتيجة ترضي جميع الأطراف، وليس لدى الوسطاء السلطة لصنع القرارات أو فرضها. يتمكن الأشخاص الحياديون القديرون من تقليص عدم توازنات النفوذ الموجودة في

بيئة الخدمات الصحية وخاصةً حينما يكون لغير الإكلينيكيين طرف في النزاع[٥٤]. من أهداف تحسين فض النزاعات جمع شمل مجموعة متعددة التخصصات في فريق متلاحم متعاون يستطيع أعضاؤه حل اختلافاتهم والقيام بخدمات المرضى على أكمل وجه وبأفضل جودة. كما بإمكان فض النزاعات الرسمي مساعدة الأنواع المختلفة من لجان الأخلاقيات. وقد يكون من التفاؤل أن نعتقد أن تشكيل لجنة أخلاقيات من تخصصات متعددة يعني بالضرورة نجاحها.

الخاتمة:

فحص هذا الفصل اللجان التي تشكل لمعالجة القضايا الأخلاقية، وتضم عادةً تلك اللجان لجان الأخلاقيات المؤسسية إضافةً إلى لجان المراجعة المؤسسية ولجان مراجعة رعاية الرضع وهي لجان أخلاقيات متخصصة. بالإضافة للمستشفيات، توفر لجان الأخلاقيات العون في مجال واسع من منظمات الخدمات الصحية بما فيها مرافق رعاية المسنين ومنظمات الرعاية المدارة ومأوي رعاية المصابين بأمراض عضال، تتعرض جميعها لمشكلات أخلاقية – تشبه ما تتعرض له المستشفيات – يحتمل أن تكون أكبر نمواً في بيئات غير المستشفى. تواجه – على سبيل المثال – دور رعاية المسنين والمصابين بأمراض عضال قضايا تتعلق بالموت والاحتضار، وتواجه منظمات الرعاية المدارة قضايا تحصيص الموارد وبرامج تحفيز الأطباء. سوف تنشغل لجان الأخلاقيات في جميع البيئات بحل قضايا أخلاقية شائكة، بعضها (مثل فلسفة المنظمة) قد تخضع للمراجعة والرقابة الإلزامية.

بالإمكان استخدام الاستشارات الأخلاقية وخبراء الأخلاقيات على أسس أكثر تعقلاً للمساعدة في تحديد وتحليل الالتزامات الأخلاقية والحقوق والمسؤوليات واعتبارات العدالة التي تؤثر في قضية عامة أو على القضايا الأخلاقية في حالة محددة[٥٥]. كما بإمكانها مساعدة الأطباء، ويرجح استخدامها بشكل أكبر من استخدام اللجان البيوطبية الأخلاقية التي قد يرى الأطباء أنها غير فعالة لتكلفتها. وفيما عدا اعتبارات الكفاءة، فقد يكون أسهل على الأطباء استشارة خبير أخلاقي منفرد من طلب العون والإرشاد من لجنة. كما باستطاعة خبراء الأخلاقيات أداء نفس المهمة للمديرين بمساعدتهم في تحديد وحل المشكلات الإدارية الأخلاقية والعمل مع لجان الأخلاقيات المؤسسية الإدارية.

تؤثر الضغوط الاقتصادية الناتجة عن إجراءات خفض التكاليف من قبل الأطراف الثالثة -التي تدفع تكاليف الرعاية الصحية وبخاصة الحكومة والضغوط التنافسية الجديدة- في جميع منظمات الخدمات الصحية، وخاصةً في مستشفيات الرعاية التخصصية (الحادة). قد يرغب المديرون في استخدام التبرير الاقتصادي للقرارات التي تؤثر -ضمنياً، بل أحياناً صراحةً- تأثيراً سلبياً في جودة الرعاية الصحية، ويقبع الصراع بين المصالح الاقتصادية واعتبارات الجودة قريباً من السطح في معظم العلاقات مع المرضى. تُلزم طبيعة الخدمات الصحية التقنية -وكذلك قدرة المستهلك العادي المحدودة في الحكم على النتائج- الأشخاص المرتبطين بتقديم الرعاية الصحية بأن يبذلوا قصارى ما في وسعهم لدعم جودة الرعاية وحماية مصالح المرضى.

الهوامش:

1. Judith Wilson Ross, John W. Glaser, Dorothy Resins-Gregory, Joan McIver Gibson, & Corrine Bailey. (1993). Health care ethics committees: The next generation (p. 1). Chicago: American Hospital Publishing.

2. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1983). Deciding to forego life-sustaining treatment: A report on the ethical, medical, and legal issues in treatment decisions (p. 443). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

3. D. Holthaus, M.T. Koska, P. Eubanks, & T. Hudson. (1989, November 20). Right to die: An executive report. Hospitals 66(22), p. 34.

4. Ross et al., p. ix.

5. Joanne Lappetito & Paula Thompson. (1993, November). Today's ethics committees face varied issues. Health Progress, p. 34.

6. Cynthia B. Cohen. (1990, March/April). Ethics committees. Hastings Center Report 20, pp. 29–34.

7. Lappetito & Thompson, p. 34.

8. Glenn McGee, Arthur L. Caplan, Joshua L. Spanogle, & David A. Asch. (2001, Fall). A national survey of ethics committees. American Journal of Bioethics 1(4), pp. 60–64.

9. American Association of Homes and Services for the Aging. (1995, July). Summary report: Survey on ethics involvement in aging services. Washington, DC: Author.

10. Ross et al., p. 8.

11. Francis Bernt, Peter Clark, Josita Starrs, & Patricia Talone. (2006, March/ April). Ethics committees in Catholic hospitals. Health Progress, pp. 18–25.

12. Robert M. Veatch. (1983, July). Ethics committees proliferation in hospitals predicted. Hospitals 57(13), pp. 48–49.

13. Mark E. Meaney. (2004, Summer). Error reduction, patient safety, and institutional ethics committees. Journal of Law, Medicine, & Ethics 32, pp. 358–364.

14. John C. Fletcher, Margo L. White, & Philip J. Foubert. (1990). Biomedical ethics and an ethics consultation service at the University of Virginia. HEC Forum 2(2), pp. 89–99.

15. President's Commission, p. 448.

16. Ellen Fox, Sarah Myers, & Robert A. Pearlman. (2007). Ethics consultation in United States hospitals: A national survey. American Journal of Bioethics 7(2), pp. 13–25.

17. David J. Ramsey, Mary Lou Schmidt, & Lisa Anderson-Shaw. (2010, January/ February). Online ethics discussion forum facilitates medical center clinical ethics case reviews. JONA'S Healthcare Law, Ethics, and Regulation 12(1), pp. 15–20.

18. Harold G. Koenig. (2003, July/August). Meeting the spiritual needs of patients. Satisfaction Monitor. Retrieved March 12, 2011, from http://www.ourjourneyof hope.com/resources/meeting-the-spiritual-needs-of-patients.pdf.

19. Marilyn M. Mannisto. (1985, April). Orchestrating an ethics committee: Who should be on it, where does it best fit? Trustee 38(4), pp. 18–19

20. Ross et al., p. 5.

21. Bernt et al., p. 20.

22. Fox et al., p. 17.

23. Gordon DuVal, Brian Clarridge, Gary Gensler, & Marion Danis. (2004, March). A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation. Journal of General Internal Medicine 19, pp. 251–258.

24. Linda S. Scheirton. (1993). Measuring hospital ethics committee success. Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics 2, pp. 495–504.

25. Mannisto, pp. 17–20.

26. Amy Haddad & George Annas. (1994, July). George Annas quoted in "Do ethics committees work?" Trustee 47(7), p. 17.

27. Abbey S. Meyers. (2000, January 30). A lot of rules, too many exceptions. Washington Post, p. B3.

28. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. (1979, April 18). The Belmont report: Ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research. Retrieved March 13, 2011, from http://ohsr.od.nih.gov/guidelines/belmont.html.

29. American Medical Association. (Updated June 1994 and June 1998). Opinion 2.07—Clinical investigation. Retrieved January 3, 2011, from http://www.ama -assn.org/ ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/ opinion207.shtml.

30. Public Welfare, 45 C.F.R. § 46 (2001), and Food and Drugs, 21 C.F.R. § 56 (2001).

31. Mark Barnes & Sara Krauss. (2000, August 31). Conflicts of interest in human research: Risks and pitfalls of "easy money" in research funding. BNA's Health Law Reporter 9(35), p. 1383.

32. Ibid.

33. Michelle K. Russell-Einhron & Tom Puglisi. (2001). The PricewaterhouseCoopers IRB reference book (pp. 199–200). Washington, DC: PricewaterhouseCoopers.

34. Barnes & Kraus, p. 1382.

35. Public Welfare, 45 C.F.R. § 46.107 (2001).

36. Public Welfare, 45 C.F.R. § 46.111 (2001).

37. Paul Ramsey. (1970). Research involving children or incompetents. The patient as person (p. 252). New Haven, CT: Yale University Press.

38. Peter B. Budetti. (2003, August 20). Ensuring safe and effective medications for children. Journal of the American Medical Association 290(7), pp. 950–951.

39. Rosemary Roberts, William Rodriguez, Dianne Murphy, & Terie Crescenzi. (2003, August 20). Pediatric drug labeling: Improving the safety and efficacy of pediatric therapies. Journal of the American Medical Association 290(7), pp. 905–911.

40. Articles from several issues of the New York Times were used to prepare the Willowbrook case and provide background information: January 11, 12, and 13, 1967; March 24, 1971; April 18, 1971; January 11, 1972; May 25, 1981; January 8, 1984; April 19, 1985; and March 3, 1987.

41. Manuel Roig-Franzia & Rick Weiss. (2001, August 21). Md. appeals court slams researchers. Washington Post, p. B1; Manuel Roig-Franzia. (2001, August 25). My kids were used as guinea pigs. Washington Post, p. A1.

42. Grimes v. Kennedy Krieger Institute, 366 Md. 29, 782 A.2d 807 (2001).

43. Office for Protection from Research Risks. (1997, December 23). Summary of basic protections for human subjects. Retrieved August 17, 2003, from http://ohrp .osophs. dhhs.gov/humansubjects/guidance/basics.htm.

44. Public Welfare, 45 C.F.R. § 46.110 (2001).

45. Office for Human Research Protections. (1998, November 9). Categories of research that may be reviewed by the institutional review board (IRB) through an expedited review. Retrieved March 13, 2011, from http://www.hhs.gov/ohrp/policy/ expedited98.html.

46. Claudia Wallis, Sue Wymelenberg, & Renie Schapiro. (1983, February 28). Medicine: Fraud in a Harvard lab. Time.

47. Ibid.

48. Sandra L. Titus, James A. Wells, & Lawrence J. Rhoades. (2008, June). Repairing research integrity. Nature 453(19), pp. 980–982.

49. Brian C. Martinson, Melissa S. Anderson, & Raymond Dearies. (2005, June). Scientists behaving badly. Nature 435(9), pp. 737–738.

50. Final Rule, Child Abuse and Neglect Prevention and Treatment Program, 45 C.F.R. §1340 (1985).

51. Services and Treatment for Disabled Infants; Model Guidelines for Health Care Providers to Establish Infant Care Review Committees, 50 Fed. Reg. 14,893 (1985).

52. Ibid.

53. Summary: Survey of infant care review committees. (1984). Paper presented at the Annual Meeting of the American Academy of Pediatrics, Chicago.

54. Jerry P. Roscoe & Deirdre McCarthy Gallagher. (2003, Spring). Mediating bioethical disputes: Time to check the patient's pulse? Dispute Resolution Magazine 9(3), pp. 21–23.

55. John C. Fletcher, Norman Quist, & Albert R. Jonsen. (1989). Ethics consultation in health care. Chicago: Health Administration Press.

الجزء الثالث

القضايا الأخلاقية الإدارية

لمعظم المشكلات الإدارية - التي تظهر في إدارة منظمات الخدمات الصحية- بعدٌ أخلاقي. وتتميز تلك المشكلات الأخلاقية نوعياً عن تلك التي تبرز في عالم التجارة.

ازدهرت أدبيات الأخلاقيات في التجارة في الثمانينات من القرن الماضي، وتنتشر الآن مقررات دراسة السياسات التجارية والأخلاقيات في برامج إدارة الأعمال الجامعية والدراسات العليا. لا يوجد في المؤسسات الربحية الخلفية الثقافية التي تدعم الالتزام والمسؤولية الشخصية تجاه العميل عدا ما يسنه القانون، وبالتالي فإن التركيز في تلك المؤسسات على الربحية وتطبيق المبدأ الذي ينص بأن على المشتري أو العميل الحذر وحماية نفسه من خلال الضمانات وفحص السلعة جيداً (caveat emptor).

تفحص أدبيات بحوث أخلاقيات التجارة مفاهيم كالأمانة والنزاهة والإحسان وواجبات الموظفين تجاه بعضهم البعض وتجاه المنظمة وواجبات المنظمة تجاه الموظفين. تشبه هذه النواحي تلك التي يطبقها مديرو الخدمات الصحية - ولكن بغياب مفهوم احترام الأشخاص - مع التركيز على الاستقلالية والإخلاص والسرية. إضافةً إلى ذلك ليس هناك للإحسان تركيز في أخلاقيات التجارة، ولا يوجد مبدأ العدالة إلا فيما ندر. لا نذكر الاختلافات بين التجارة والخدمات الصحية من أجل انتقاد التجارة بل للتمييز بين هذين الحقلين، اللذين يختلف -بكل بساطة- تركيزهما وهدفهما تمام الاختلاف.

لقد كان منظور الجمهور وكذلك منظور مجال الخدمات الصحية أن لمديري الخدمات الصحية دافعاً أسمى، يتجاوز النتيجة والحصيلة المالية. تحدد الضوابط الأخلاقية في الخدمات الصحية ذلك الدافع وواجبات المديرين الذاتية الداخلية، وقد انبثق ذلك التحديد من الرابط بين المهنتين الطبية والتمريضية، ووضع اللاربحية الشائع في الخدمات الصحية. لقد كانت هناك روابط تاريخية بين مستشفيات الرعاية الحادة (acute care hospitals) والجماعات الدينية، فقد كونت الدوافع الرحيمة علاقات فريدة. تركز جملة ذلك الدافع الوجداني على جوانب الرعاية

والمعالجـة من الخدمـات الصحية، وتعكس حس المجتمع بـأن المرضى هم فئة فريدة لهـا وضعها الخاص ويحتاجون الحماية ولا يمكن اسـتغلالهم. رغم بعض الانتقادات القاسـية - وبخاصة فيما يتعلق بالإدارة المالية وجودة الرعاية - لازال تصور وانطباع أن منظمات الخدمات الصحية كيانات رحيمة -تسعى لبذل العون والمساعدة وتخفيف المعاناة- قائماً.

تغطـي قضايا الأخلاقيـات الإدارية التي تواجه مديـري الخدمات الصحية مدىً واسـعاً يمتد من تضارب المصالح إلى علاقـات مجالس الإدارة والهيئة الطبية ثم إلى التقيد بالالتزام بخدمة ورعاية المرضى قبل كل شـيء، قد تكون تلك المشكلات أحياناً غير محسوسـة وقد تظهر بأشـكال مختلفة ولكن بإمكان المدير الفطن الوجداني أن يحددها ويحلها. نتناول قضايا المديرين الأخلاقية وهمومهم في علاقاتهم مع المنظمة والموظفين والمرضى والمجتمع في الفصول السـادس والسابع والثامن، كما نتناول أيضاً تأثيـرات الأمراض المعدية كمتلازمة نقص المناعة المكتسـب (الأيـدز) والتهاب الكبد الوبائـي (بي) و (سـي)، على تلك العلاقـات والواجبات والمسـؤوليات الخاصة التي تثيرها.

يحـدد الجزء الثالث من الكتاب ويفحص القضايا الأخلاقية الإدارية، وعموماً هي متميـزة ومختلفة عن القضايـا البيوطبية الأخلاقية التي نتناولهـا في الجزء الرابع. رغـم أهمية الاختلافات بين القضايـا الأخلاقية البيوطبيـة والإدارية إلا أن الاثنين غالبـاً يتداخلان في الواقـع العملي. توفر موافقة المريض على العلاج مثالاً على تلك الاختلافـات، فالأخلاقيات الإدارية للموافقة تؤثر فـي المرضى كمجموعة لا كأفراد، وتؤثـر في علاقـات المديرين مع المنظمة والزملاء والمهنـة والمجتمع. أما أخلاقيات الموافقـة البيوطبيـة فتؤثر عادةً في أفـراد معينين من المرضى أو أنـواع محددة من المرضى. ويتمازج الاثنان في الواجب الأخلاقي للمنظمة الذي يحثها ويدفعها لضمان أن المرضى أعطوا طواعيةً موافقتهم الواعية على العلاج للإكلينيكيين. مع أن المشكلات الأخلاقية الإدارية والبيوطبية تؤثر في بعضها البعض فعلياً أو احتمالياً إلا أن التركيز الأساسي لكل نوع من المشكلات الأخلاقية يختلف.

الفصل السادس

تضارب المصالح وواجبات الوصي

تضـــارب المصالح من القضايا الأخلاقية الإدارية الشـــائعة في منظمات الخدمات الصحية، وقد تنشـــأ عندما تكون لدى أحدهم ازدواجية فـــي المصالح أو المهام، وتقع ازدواجيـــة المصالح تلك عندما تخدم مهام الموظف طرفين أو أكثر من الأشـــخاص أو المنظمات ويمنع قيامه بواجباته والتزاماته نحو أحدهما قيامه بواجباته والتزاماته نحو الآخـــر ويعوقها. من الأمثلة التقليديـــة على ازدواجية المصالح التي تؤدي إلى تضارب المصالح، عندما يقوم صانع القرار في منظمة الخدمات الصحية -كالمدير مثلاً أو أحد الأمناء- بصناعة قـــرار يتعلق بموضوع مماثل لمنظمة أخرى تتعامل تجارياً مع منظمة الخدمـــات الصحية. لا يمكن للمدير أن يؤدي المهام التي تســـتدعيها كلتا المنظمتين، لأن المهام تتضارب. ينشـــأ تضارب المصالح للإكلينيكيين أيضاً، فالمهام المتضاربة التي يستدعيها مريضان مختلفان من نفس الطبيب مثلاً، هي سبب رئيس للفصل بين فريق زرع الأعضاء والطبيب المعالج لمتبرع محتمل. تنشـــأ مصالح مزدوجة أخرى قد تؤدي إلى تضارب المصالـــح عندما تتضارب المهام التي تتطلبها المنظمة من الطبيب مع تلك التي يتطلبها المريض أو أطباء آخرون منه، أو عندما يتلقى المرضى -الذين يشـــتركون في طبيب واحد وتشخيص واحد- رعايةً مختلفة في نفس المنظمة لأن جهات مختلفة تتولى تغطية تكاليف العلاج وفق تصنيفات مختلفة.

تضـــارب المصالح أمر خبيث، وقد يقع المرء في مغبته بـــدون إدراك ذلك، وأحياناً يكـــون الفاصل بين الســـلوك المقبول والمرفوض خطاً رفيعـــاً يصعب تمييزه، وهذا أمر طبيعي عملي حيث إن العلاقات التجارية الطبيعية تخلق غالباً ازدواجيةً في المصالح، قد تؤدي إلى تضارب المصالح.

قد تســـبب العلاقات بين الموظفـــين والعاملين في المنظمـــة ازدواجيةً في المصالح بالإمكان أن تؤدي أحياناً إلى تضارب المصالح.

أحياناً أكثر من أصدقاء.

تعمل ماري وجون في قســـم الأشعة في مستشـــفى كبير، ماري فنية أشـــعة وحصلت على درجة الماجســـتير في إدارة الأعمال على الإنترنت،

وعينت مديراً إدارياً للقسم منذ سنتين، وتشرف على (١٤) فنياً وخمسة موظفين مكتبيين وأربعة من ناقلي المرضى (patient transporters). وظفت ماري جون منذ سنتين ليعمل ناقلاً للمرضى، بعد أن تلقى توصيةً جيدة من أخصائي أشعة في القسم، وهو صديق لأسرته. بَنَت ماري وجون علاقةً جيدة وكانا يتناولان الغداء معاً في بعض الأحيان أو يأخذان فترة الاستراحة في الوقت نفسه، ولم يتبين أن صداقتهما تتعارض مع أداء وظيفتيهما، فقد كانا يتصرفان بمهنية عالية في المستشفى.

بعد قرابة السنة من توظيف جون، انتشرت إشاعات أنه وماري كانا يلتقيان بمواعيد غرامية، وبعد بضعة أشهر قالت ماري لموظفيها أنها وجون تزوجا سراً. والآن هما يقضيان معاً وقتاً أطول من ذي قبل، فهما يصلان إلى العمل معاً، ويلتقيان معاً لتناول الوجبات ولقضاء الاستراحة معاً، ثم ينصرفان معاً. وبدأ الموظفون يركزون على كيف تعامل ماري جون وإذا ما كانت تتحيز له وتحابيه. وأحياناً كان الناقلون الآخرون يتذمرون من أن جون يتلقى عنايةً أكثر من ماري عندما تواجهه صعوبات وأنه يتلقى مهمات أسهل عبئاً.

تحدثت إحدى كبار الفنيين إلى مدير الموارد البشرية عما ارتأته من أن مشكلةً تنمو وتكبر في القسم، فأفادها المدير بعدم وجود أدلة في المستشفى عن محاباة الأقارب (nepotism)، وأفادها أن بإمكانها أن تتقدم بشكوى إذا كانت تشعر أن جون يتلقى معاملةً تفضيلية، أو إن كانت ترى أن زواجهما يتعارض مع الإدارة الجيدة في القسم.

الجذر اللاتيني لكلمة محاباة الأقارب (nepotism) هو (nepoti) وتعني الطفل أو الحفيد أو ابن الأخ أو الأخت. وقد امتدح نيكولو مكيافيلي (مؤلف الأمير) قيمة هؤلاء الأقارب (وبخاصة ابن الأخ أو الأخت) في الحكومة كأفضل وسيلة لاستمرار السيطرة وامتداد السلطة، فقد جادل أن منافع عظيمة تنتج من إبقاء السيطرة والسلطة ضمن نطاق الأسرة. أما المنظور المعاصر للمحاباة في المنظمات فهو وجوب اجتنابها، أو إن سمح بها فيجب أن تكون بأقل قدر ممكن وأن يتم كبح تأثيرها جيداً. فبإمكان محاباة الأقارب أن تخفض الموضوعية، وتؤدي إلى تجاهل المشكلات السلوكية، وتنتج التحيز وتخلق بيئة عمل غير صحية، وتسبب صنع قرارات سيئة في مقر العمل، وتخفض الروح المعنوية لدى غير الأقارب، وتثير الريبة والامتعاض لدى الجهات الخارجية. يوجد لدى

المنظمات التي تتم إدارتها بطريقة جيدة أدلةً لمحاباة الأقارب، وعادةً لا يسمح للأقارب أن يتــرأس أحدهم الآخر، أو حتى بالعمل فــي نفس الإدارة. إن مجرد التصور والظن بوجود المعاملة غير المتســاوية أو غير العادلة لا يقل أهميةً عن وجود هذه المشــكلات فعــلاً. إن مــا يعرف بأثر الهالــة (halo effect) (تصور صفــات إيجابية لميزة واحدة تســبب تصوراً لصفات مماثلة في أمور أخرى مرتبطة) والتنميط أو تبني رأي شــائع (stereotyping) وإن كان خاطئاً (كتصورات عن شــخص معين على أساس افتراضات ســابقة) هما مثالان للمشكلات التي تحدث بوجود المحاباة العائلية. ولكن بشكل عام، تســاعد السياسات – مثل تلك المتعلقة بمحاباة الأقارب – المديرين على صنع القرارات التي تصب في مصلحة المنظمة والمرضى، إضافةً إلى أنه قد يتذرع بها أولئك الذين قد لا يرغبون في الإشــراف على الأقارب أو العمل معهم، وعلى إدارة الموارد البشــرية أن تكون السباقة في تطوير السياسات المتعلقة بمحاباة الأقارب. إذ يحتاج المديرون أحياناً إلى الإرشاد في مثل هذه الأمور وتدعم حتمية السياسات فاعلية المنظمة.

قد تؤدي علاقات المديرين مــع المنظمة والتعاملات مع النظام الصحي والمنظمات الأخرى فيه إلى تضارب المصالح. فبالإضافة إلى إمكانية التأثير في علاقات المديرين مع المنظمة، قد يؤثر تضارب المصالح أيضاً في علاقات المديرين مع المهنة وفي تطورهم الشخصي.

يكون تضارب المصالح عادةً ضبابياً مبهماً وقد يؤثر في جميع النشاطات الإدارية. فهل يعد المدير المتســاهل في تطوير وتطبيق سياسة وإجراءات فعالة لموافقة المرضى وتقبلهــم العلاج أخلاقياً؟ هل يعد أخلاقيا أن يراجع المدير جميع المعلومات الســلبية ويعدلهــا في التقارير المرفوعة إلى مجلــس الإدارة؟ هل من الأخلاقي ألا يفعل المدير -الذي يشك بوجود مشكلات تتعلق بجودة الرعاية في أحد الأقسام الإكلينيكية- شيئاً ليثبــت ذلــك أو ينفيه؟ هل من الأخلاقي للمديرين الذين يشــكون فــي قدراتهم على الإدارة أن يســتمروا فيها؟ علاوةً إلى تعقيدات مثل تلك الأسئلة من المنظور الأخلاقي لابد من إضافة مضامين قانونية أيضاً، وبغض النظر، فلا بد للمديرين أولاً أن يراعوا واجبهم المستقل الإيجابي نحو المريض.

هناك دليل دامغ على عدم إدراك صناع القرار للعديد من نماذج تضارب المصالح، فهــم يعتقــدون بأمانة أن ما يفعلون يصــب في مصلحة المنظمة أو الأشــخاص ذوي العلاقــة، وقــد تغذي برامج حوافز التعويض – دون وعــي – القرارات التي تؤدي إلى تضــارب المصالــح[١] . ومع ذلك على المديرين اجتناب أي إشــارة إلــى ارتكاب وزر أو

مخالفة وبخاصة فكرة تقديم الولاء لجهات مختلفة (divided loyalties). إذ تنبعث رائحة كريهة عندما يتبين أن المدير العام التنفيذي لأحد المستشفيات يمتلك أسهماً في الشركة التي تتعاقد مع المستشفى لإجراء عمليات معالجة البيانات، والتي يكون المستثمر الرئيسي فيها ومديرها المراقب المالي في المستشفى، وتستمر تلك الرائحة وتتباطأ رغم التخفيضات والمزايا الأخرى التي قد يحصل عليها المستشفى، فالأشخاص خارج المستشفى سيظنون حتماً أن للعلاقة خفاياها التي تضر المنظمة أو المرضى، وأن المديرين يجنون منافع ومصالح شخصية، ولن تزيد الناس أي محاولات لإقناعهم بغير ذلك إلا تشبثاً بآرائهم وتدعم انطباعاتهم بالأخطاء والمعاصي. المخرج الوحيد من تلك المتاهة هو اجتناب أي ترتيبات أو تعقيدات توحي بأي ازدواجية في المصالح قد تؤدي إلى تضارب المصالح. وقد أبرز هارلان كليفلاند هذه المشكلة جيداً في كتابه "تنفيذي المستقبل" إذ قال: لو خضع هذا الفعل لتمحيص وتدقيق الجمهور، هل سأستمر بالإحساس أن هذا هو ما كان علي فعله؟ وكيف كان علي فعله؟[٢]، قد يسمى معيار كليفلاند لتدقيق الجمهور اختبار «ضوء النهار» إذ تفرضه بساطته.

واجب الوصاية:

الوصاية هي مفهومٌ أخلاقي وقانوني ظهر مع التشريع الروماني، ويكون هناك علاقة وصاية عندما تؤدي الجرأة والثقة لدى طرف إلى موقف أرفع وتأثير أكبر على الآخر، ويؤدي الموقف الأرفع والتأثير الأكبر إلى واجبات الولاء والمسؤولية، ويشير هذا التعريف إلى وجود العديد من علاقات الوصاية في الخدمات الصحية، فأعضاء مجلس الإدارة على سبيل المثال أوصياء، ويمنعهم واجب الولاء من استخدام مراكزهم للمنفعة الشخصية ولا يمكن أن يتصرفوا إلا وفق صالح المنظمة وقد فسر هذا التعريف ليعني أنه لا يمكن جنيُ أرباح سرية في التعامل مع المنظمة، وألا يتقبل أعضاء مجلس الإدارة الرشاوى، أو أن يتنافسوا مع المنظمة. يتطلب واجب المسؤولية أن يتخذ أعضاء مجلس الإدارة الحيطة، وأن يعملوا بمهارة واجتهاد بما تقتضيه الظروف[٣]. وعلى أعضاء مجلس الإدارة أيضاً واجب تجنب ارتكاب كل من أخطاء إغفال الأعمال المطلوبة، والتهاون في أدائها والقيام بالأعمال المرفوضة وتجاوز الصلاحيات، وقد يؤدي خرق تلك الواجبات إلى المسؤولية الشخصية، سواءً كانت هيكلة المنظمة ربحيةً أو غير ربحية.

الأوقاف (Trusts) مفردةٌ شائعة في مجال الخدمات الصحية، فقد أسست العديد من منظمات الخدمات الصحية غير الربحية -التي تزاول الأعمال الخيرية بسبب هبة

أو وصيــة- وقفــاً خيرياً يدير مجلس أمنائه موجوداته، مــن الأدلة على ذلك الأوقاف المستخدمة في تحمل نفقات وحدات المرضى أو نشاط إكلينيكي محدد في المستشفى، وتشمل الاســتخدامات الأخرى تمويل كليات التمريض أو توفير المنح الدراسية لتعليم موظفي الخدمات الصحية.

يســتخدم مصطلح "الوصي"(trustee) غالباً لوصف عضو مجلس الإدارة لمنظمة غير ربحية في مجال الخدمات الصحية، على الرغم من عدم وجود هبة أو وقف وهم ليســو أوصيــاء فعلاً. ولكن المصطلح الصحيح قانونياً هــو "مدير" أو "قيم إداري"، ولكــن يفضل لقب "وصي" في القطاع غيــر الربحي، ربما لأن أعضاء مجلس الإدارة يرغبــون في تمييز أنفســهم عن أعضاء مجلس الإدارة فــي المنظمات الربحية، حيث يستخدم لقب مدير.

إن المعيار القانوني للأوصياء الحقيقيين أكثر تشــدداً من ذلك المطبّق على مديري الشركات أو الأفراد المسؤولين عن الأموال أو الممتلكات في غير الأوقاف. فالأوصياء الحقيقيون يحوزون صكوكاً فعلية للممتلكات أو الجزء الأساسي من الأوقاف ويديرونها لمصلحة المســتفيدين من الوصية، وعليهم العمل بحسن نية وألا يقدموا الولاء لجهات مختلفة في إدارة الوقف، ويجب تجنب جميع الأوضاع والعلاقات التي تعارض أو تخل بتلبية تلك الواجبات ويؤدي خرق تلك المعايير إلى المسؤولية الشخصية والغرم.

فــي العديــد من الســلطات القضائية يكون معيــار الرعاية المطلــوب من مديري المنظمات غير الربحية -وهم ليســو أوصياء فعلاً- أعلى من المطلوب من غيرهم من المديرين أو القيمين الإداريين، والمعيار المعتاد للمديرين الذين ليســوا فعلاً أوصياء هو مسؤوليتهم عن حالات الإهمال العادي (أي الخطأ في التقدير). أما حكم الأقلية فهو عكس ذلك وينص على ضرورة ارتكاب المدير إهمالاً جســيماً ليصبح مسؤولاً قانونياً، وهو ما يعرف عامةً بالإهمال في أداء مهمة واضحة مع استخفاف وعدم اكتراث متهور بالنتائج والعواقب.

مستشفى سيبلي ميموريال.

مــن الدعاوى القضائيــة المهمة التي تتعلق بأعضاء مجلــس إدارة منظمة خدمات صحية هي قضية (ســتيرن وآخرين) ضد مدرسة (لوســي ويب هيز الوطنية لتدريب الشمّاسات (مســاعدات في الكنيسة) والمبشــرين وآخرين) في عام (١٩٧٤م)[٤]. كان يطلق على أعضاء مجلس إدارة مستشــفى سيبلي ميموريال وهو مستشفى غير ربحي

في واشــنطن العاصمة، مسمى «أوصياء» رغم أنهم لم يكونوا أوصياء حقيقيين. رفع (ديفيد م ســتيرن) دعــوى قضائية جماعية ضد المستشــفى بالإنابة عن ابنه القاصر ومرضى آخرين، يدَّعي فيها أن المرضى دفعوا أكثر مما ينبغي، لأن العديد من أعضاء مجلس الإدارة مارســوا سوء الإدارة واللاإدارة والمتاجرة الذاتية (الاستسلام للمصالح الشخصية). ادعت القضية أن ارتكاب كل من أخطاء إغفال الأعمال المطلوبة والتهاون فــي أدائها، والقيام بالأعمال المرفوضــة، وتجاوز الصلاحيات نتج عن تآمر بين هؤلاء «الأوصياء» ومؤسسات مالية مختلفة، يرتبط بها كثير من «الأوصياء». لم تجد المحكمة ما يثبت التآمر ولكن في مداولاتها حول الادعاءات الأخرى وجدت ما يلي:

> أن المنظمــة الخيريــة هي كيانٌ قانوني حديثٌ نســبياً، وهي لا تلائم تماماً أي فئــات القانون العام للمنظمات والوصاية... والنزعة الحديثة هي تطبيق المبادئ التجارية لا مبادئ الوصاية في تحديد مسؤولية مديري المنظمة الخيرية، لأنــه لا يمكن تمييز مهماتهم عن مهمات نظرائهم في المنظمات التجارية° البحتة.

تم تفســير هذا الحكم بأن «الأوصياء» المدَّعــى عليهم يخضعون لمعيار من الرعاية أقل تشدداً وصرامة.

وجدت المحكمــة أن «الأوصياء» قد انتهكوا واجباتهــم كأوصياء، حتى بعد تطبيق المعيار التجاري الأقل صرامةً عليهم، وقد حدث ســوء الإدارة لأن «الأوصياء» تجاهلوا قطاعات الاســتثمار التي تعنى بالمراجعات والتدقيق المالي الســنوية، كما لم يســعوا للحصول على ما يكفي من المعلومات للتصويت بإدراك ووعي على مسألة فتح حسابات بنكية جديدة، ولم يقوموا بالإشــراف والرقابة ولو كانت ظاهرية مختصرة على موارد المستشــفى المالية. وثبتت اللاإدارة بعدم القيام بالإشــراف على المــوارد المالية آنفة الذكــر. وفي أســوأ الأمثلة على ســوء الإدارة فإنه بالرغم من تكــرار انتخاب بعض «الأوصياء» لعضوية لجنة الاســتثمارات لم يعترضوا على عــدم اجتماع اللجنة لأكثر من عشــر سنوات. وثبتت المتاجرة الذاتية بالتالي: كان عدد من «الأوصياء» من كبار موظفي البنوك التي أودع فيها المستشــفى مئات الألوف من الدولارات في حســابات جارية بدون فوائد، وفي الحســابات القليلة التي كانت تجني فوائد، كانت الفائدة فيها أقل مما تمليه ظروف الســوق، كما أوصى أحد «الأوصياء» وصوَّت بالموافقة على عقد خدمات استثمارية مع شركة مالية يرأسها.

لم تجد المحكمة أي دليل على الكسب الشخصي «للأوصياء» مع أنه كان لهم ارتباط في عدد من الحالات مع المنظمات التي استفادت من التعامل مع المستشفى، ويبدو أن عدم وجود دليل على التآمر أثر في هذا الحكم أيضا.

لـم تحكم المحكمة بعـزل أي من «الأوصياء» من عضوية مجلـس الإدارة ولم تلحق مسؤوليةٌ شخصية بما اقترفوه. ولكن ليمكن تفادي مشكلات مثيلة في المستقبل أمرت المحكمة مجلس الإدارة بتبني سياسة استثمار كتابية، ومراجعة اللجان ذات الصلة لتحديد ما إذا كانت موجودات المستشـفى تتماشى مع تلك السياسـة، وبدء إجراءات منتظمة للإفصـاح عن ارتباطات أعضاء مجلس الإدارة التجارية. قبل النظر في القضية تبنى مجلس الإدارة الأدلة -التي كانت آنذاك حديثة وينشرها اتحاد المستشفيات الأمريكي- حـول تضارب المصالح. وقـد اتُّخذ هذا القرار بعد حدوث المشـكلة بكثير ولكنه يدل على حسـن نية مجلس الإدارة، ويعكس بيان اتحاد المستشفيات الأمريكي حول تضارب المصالح، الذي نفدت طبعته، معايير المدير التجاري الأقل تشدداً.

صدر الحكم في قضية مستشـفى سيبلي من محكمة قضائية فيدرالية وله أهميةٌ محـدودة كسـابقة قانونية، إلا أنها مـن القضايا القليلة التي تداولـت معيار الرعاية لأعضـاء مجلس الإدارة (مديري) المنظمات غير الربحيـة. تتطلب واجبات الوصاية أن يبـذل أعضاء مجلس الإدارة قدراً معقولاً من الانتباه والاهتمام والمهارة والاجتهاد، وأنهم مسـؤولون فـي ظل نظرية واجب تجنب ارتكاب كل مـن أخطاء إغفال الأعمال المطلوبة والتهاون فـي أدائها، والقيام بالأعمال المرفوضة، وتجاوز الصلاحيات ينتهك هذا المعيار. والقدر المعقول من الانتباه والاهتمام هو ما يبذله المدير العادي المتعقل في نفس الظروف أو ظروف مشابهة. كان الحكم الصادر في قضية سيبلي هو أن أعضاء مجلـس إدارة (مديري) المنظمات غير الربحية الذين هم ليسـوا أوصياء حقيقيين قد يكونون مسـؤولين عن الإهمال العادي إضافةً إلى الإهمال الجسـيم أو سوء السلوك المتعمد. ويُفرض هذا المعيار عادةً على مجالس إدارة الشركات التجارية.

لا يعـد الرئيس التنفيـذي والمديرون الآخرون أوصياء بالمعنى المسـتخدم لأعضاء مجلس الإدارة ولكنهم مسؤولون عند مستوىً محدد، وهو أن عليهم واجب تطبيق قدر معقول من الانتباه والاهتمام والمهارة والاجتهاد، أو الانتباه والاهتمام الذي يبذله المدير العادي المتعقل في نفس الظروف أو ظروف مشابهة. توفر العديد من قوانين الولايات الحصانة من المسـؤولية لأعضاء مجالس إدارة المنظمات غير الربحية، إلا أن القوانين غالباً ما تشـمل قيوداً واستثناءات من المناعة، ومخارج قانونية ولغة غامضة مما يوفر القليل جداً من الحماية الفعلية للمديرين وكبار الموظفين من المسؤولية[٦].

من النواحي التي تندر مناقشتها في واجبات الوصاية موضوع تسييس الرعاية الصحية، فبالإضافة إلى واجب الوصاية، قد يسبب التسييس تضارباً في المصالح، الأمر الذي ناقشناه سابقاً في هذا الفصل، ويصبح احتمال التسييس مرتفعاً عندما توجد البرامج من خلال موارد التمويل العام، كما يحتمل التسييس أيضاً في أي منظمة فيها مجموعة سياسية محددة أو توجه سياسي محدد. وبخاصة إذا كانت تلك المجموعة هي مصدر التمويل للمنظمة. إن مديري الصحة العامة ومنظماتهم ونشاطاتهم عرضةٌ للتسييس لأن لهم علاقة خاصة مع الحكومة والمجريات السياسية، ويعتمدون بشكل أساسي على رضا ودعم موظفي الحكومة والسياسيين لتمويلهم، مما يضعهم عرضةً لتبني وجهات النظر السياسية السائدة على حساب صنع القرار الموضوعي المبني على أسس علمية. ينبع التسييس غالباً في التحصيص الشمولي للموارد، ولو فقدت منظمات وممارسي الصحة العامة الموضوعية أو بدا عليهم ذلك -لارتباطهم عن كثب بوجهة نظر معينة- لفقد الجمهور ثقته بهم ولرآهم كامتداد لوجهة النظر تلك، وعندئذ لا يمكن استعادة تلك الثقة إلا بعد جهد ووقت طويل. يحتاج الأمر إلى الشجاعة والقدرة على الإقناع من خلال استخدام الأساليب العلمية والبيانات والموضوعية لحماية صحة الجمهور بدون فقدان استقلاليتها أو انتهاك مبادئ الإحسان وعدم الإضرار والعدالة للجمهور. ولابد أن تكون لدى المديرين الناجحين أخلاقياتٌ شخصية قوية ومحددة بوضوح كي تساعدهم على اجتناب أو تقليل مشكلات التسييس.

التزامات الأوصياء والمديرين الأخلاقية:

تعد المعايير القانونية الحد الأدنى المطلوب من الأداء، فما هي إذاً التزامات الأوصياء والمديرين؟ تؤكد سياسات تضارب المصالح على الإفصاح، أي إشعار أعضاء مجلس الإدارة الآخرين بالتضارب المحتمل أو الفعلي، ولا يتبين من قضية مستشفى سيبلي ما إذا كان الإفصاح يغير شيئاً، فمما لا شك فيه أن «الأوصياء» يدركون ارتباطات ونشاطات زملائهم الخارجية. ربما نبَّههم تبني أدلة اتحاد المستشفيات الأمريكي ومعرفة فحواها إلى المشكلات الأخلاقية المرتبطة بالمتاجرة الذاتية وسوء الإدارة، ومن المحتمل ألّا تؤثر بيانات تضارب المصالح فيما يتعلق باللاإدارة لأن «الأوصياء» لم يأخذوا واجب الوصاية لاستثمار موارد المستشفى بتعقل على محمل الجد.

لمديري الخدمات الصحية ميزات الأوصياء، كما أنهم وكلاء أخلاقيون أيضاً، ومن الجوانب المهمة لأعمالهم مساعدة المنظمة من خلال مجلس الإدارة للوفاء بالتزاماتها

الأخلاقية والقانونية، وبالإضافة إلى هذا الجهد، من واجب المديرين مساعدة مجلس الإدارة على تفادي تضارب المصالح ومشـــكلات اللاإدارة. المديرون هم بمثابة ضمير المنظمة، إذ يدركون المشـــكلات البيوطبية والإداريـــة الأخلاقية المحتملة ويعملون على تفاديها أو تقليل تأثيراتها.

مستشفى هيرمان.

تضمنت فضيحةٌ كشفت في أوائل عام (١٩٨٥م) نشاطات للمديرين والأوصياء في مستشــفى هيرمان، وهو مرفقٌ بثمانمئة سرير ومجموعة ممتلكات مستشفى هيرمان، وهو صندوقٌ ائتمانيٌ أسِّسَ عام (١٩١٤م) ليوفر الرعاية الخيرية لفقراء مدينة هيوستن بولاية تكســاس. كشـــف تحقيقٌ في الكيانين دليلاً على الســـرقة، والرشاوى، وتداول الأسهم الداخلي (بناءً على معلومات داخلية)، ومنح ومصاريف سخية، ورحلات مكلفة قـــام بها تنفيذيـــو وموظفو الصندوق الائتماني والمستشـــفى على نفقة الصندوق. من بين الادعاءات أن مدير مستشـــفى هيرمان التنفيذي السابق دفع أموالاً لعشيقته لعمل لم تؤده في المستشـــفى، وأنه تلقى رشاوى ناتجة عن أســـعار باهظة دفعها المستشفى للشركة التي كان يرأسها. رفع الصندوق دعوى على مدير المستشفى التنفيذي السابق يطلـــب بدفع مبلغ (١٠٠٠٠٠) دولار قيمة الرشـــاوى التي يزعم أنـــه قد تلقاها ومبلغ (٥٠٠٠٠٠) دولار قيمـــة المبالـــغ التي يُزعم أنه دفعها لعشـــيقته الحبلى وأموال أخرى يُدَّعى أنه غسلها، كما تدعي القضية أيضاً أنه قام برحلات غير لائقة كلفت المستشفى مع إنفاق يتصل بها إلى (٢٥٠٠٠٠) دولار، كما ادعت أيضاً أنه استخدم اسم مستشفى هيرمان وقدرته الائتمانية وأمواله لتأسيس مؤسسة هندسة تصاميم داخلية لعشيقته، والتي تلقت معظم أو جميع أعمالها من المستشفى.

يُدَّعَى أنَّ المدير التنفيذي الســـابق لمجموعة ممتلكات مستشفى هيرمان قد اختلس أكثـــر مـــن (٣٠٠٠٠٠) دولار. كما أفـــادت ادعاءاتٌ ضد أحد موظفـــي الصندوق أنه استبدل سيارةً فخمةً بأقل من (٢٠٪) من سعرها بالسوق بسيارة جديدة دفع الصندوق قيمتها، ثم اشـــترى الموظف السيارة التي بخست قيمتها بسعر أقل بكثير مما تستحق. كما وجد دليل على أن الأوصياء وموظفي الصندوق أقاموا مآدبَ باذخة على حســـاب الصندوق. وأشـــارت تقاريرٌ صحفية إلى أن مجموعة ممتلكات مستشفى هيرمان قد أَنفقت أقل من ثلاثة بالمئة من أموالها على المرضى المحتاجين.

نتيجةً للتحقيق، استقال اثنان من الأوصياء وثمانيةٌ من كبار تنفيذيي الصندوق والمستشفى، واتُّهم ثلاثة أشخاص يرتبطون بالمجموعة بما فيهم أحد الأوصياء باقتراف جنح قضائية[٧].

كان العديد من نشـاطات مستشفى هيرمان ونشـاطات مجموعة ممتلكات مستشفى هيرمان غير أخلاقي لأنه قد خرق القانون، إذ يتجاوز كثيراً سوء السلوك في هذه القضية مجـرد اختراق لذلك المعيـار الأدنى. فقد انتهك الأوصيـاء -بتبذيرهم الموارد التي كان ينبغي أن تصرف في مصلحة المرضى- واجباتهم كأوصياء لحماية موجودات الصندوق.

يجـب على كل مـن الأوصياء الحقيقيين والمديرين اجتناب كل ما يمكن أن يشـكل تضاربـاً في المصالـح، أو أي منفعة غير لائقة من ارتباطهـم بالمنظمة. وبالمثل، على مديـري المستشـفيات أن يكونوا فوق الشـبهات فـي كل ما يفعلون، إذ يعد سـلوكهم لاأخلاقياً عندما تكون هنـاك متاجرة ذاتية، أو عندما تنحرف موجودات المنظمة عن هدفها الأصلي، سواءً كانت تلك جنحاً قضائية أم لم تكن.

مستشفى سيدرز أوف ليبانون.

على النقيض من مستشـفى سيبلي ميموريال، ومثل مستشفى هيرمان، فقد تورط في ملابسـات مستشـفى سـيدرز أوف ليبانون في مدينة ميامي رئيسٌ تنفيذي كان سـلوكه غير أخلاقي بل كان إجرامياً أيضا، مما أدى بالتالي إلى سـجنه. كما أشرنا سـابقاً السـلوك الاجرامي بحد ذاته غير أخلاقي، فبالإضافـة إلى تضارب المصالح تشمل القضية حالات من المتاجرة الذاتية والرشوة وخرق القوانين الفدرالية كالتالي:

امتلك المدير التنفيذي مؤسسةً استشارية في جزر الكاريبي تعاقد معها المستشفى على خدمات استشارية معمارية لم تؤدَّ مطلقاً.

زوَّر المديـر التنفيذي محضر اجتماعات مجلس الإدارة ليخفي العقد الاحتيالي مع مؤسسته الاستشارية.

تلقى المدير التنفيذي أكثر من (٢٥٠٠) سـهم تقدر قيمتها السوقية بمبلغ (٧٥٠٠٠) دولار في شركة حاسبات اشترى منها المستشفى جهاز حاسب تشخيصي بمبلغ (١,٨) مليون دولار ليسـتخدم في اختبار متعدد المراحل، أدى ضعف اسـتخدامه لاحقاً إلى خسارة يومية بمقدار (٢٠٠٠) دولار.

رشـى المدير التنفيـذي موظفين حكوميـين للحصول على تصريـح بناء وقروض لإضافات غير ضرورية للمستشفى.

حـاول الرئيس التنفيذي علاج شـح السـيولة الذي يواجه المستشـفى بعدم دفع المقتطعات الضريبية الفيدرالية من رواتب الموظفين[٨].

حدثت انتهاكات أخرى للمبادئ الأخلاقية ولكن تكفي تلك الخمسة السابقة للتوضيح. فقد دفعت نشاطات المدير التنفيذي إلى وضع المستشفى تحت التحصيل (وهو وضعٌ شبيهٌ بالافلاس لجمع المال للمطالبين بإشراف المحكمة)، كما أدين هو لاحقاً وتم سجنه. المهم في قضية مستشفى سيدرز أوف ليبانون هو أن أعضاء مجلس الإدارة أهملوا وقصروا في مراقبة المدير التنفيذي وفشلوا في أداء واجباتهم كأوصياء.

تضارب المصالح الإكلينيكي:

ركز النقاش السابق على تضارب المصالح المتعلق بمجالس الإدارة والمديرين. وينشأ تضارب المصالح في صنع القرار الإكلينيكي أيضا، فعلى سبيل المثال، هل يلزم جراح العظام بالافصاح لمرضاه أنه سيستخدم مفصلاً صناعياً طوَّره هو ويتلقى عائدات من بيعه؟ وبالمثل هل ينبغي للأطباء الذين ساهموا في تطوير عقار ويتلقون عائدات من استخدامه أن يفصحوا بتلك المعلومات للمرضى الذين يصفون لهم ذلك العقار؟ أو هل يلزم الطبيب الذي يحول مريضاً لمركز للأشعة يمتلك جزءاً منه (ويطابق ذلك الأدلة الفدرالية) الإفصاح عن تلك المعلومات؟ يصف كل من تلك الأمثلة ازدواجية في المصالح قد تبلغ تضارب المصالح الفعلي، وتحدد تفاصيل كل حالة مدى خطورة الوقوع في التضارب. لكي تتمكن من تقليل احتمال تضارب المصالح، يجب على منظمة الخدمات الصحية توفير الإرشاد للإكلينيكيين حول ازدواجية المصالح التي قد تؤدي إلى تضارب المصالح، ويؤدي التقصير في توفير الإرشاد إلى رفع احتمال انزلاق الأطباء في شرك تضارب المصالح، بما في ذلك ما ينتج من خزي وإحراج وسمعة سيئة[٩].

ضوابط الأخلاقيات وتضارب المصالح:

كما أشرنا سابقاً، قد يكون تضارب المصالح مجرد مسألة الدرجة التي يصل إليها، فلا يحتمل أن تؤدي بعض أنواع السلوك لو تم تقييدها إلى أي نوع من المشكلات، ولو بولغ فيه. يتحول نفس ذلك السلوك إلى ما يبدو أنه تضارب في المصالح رغم عدم وجود تضارب فعلي. الإكراميات هي من الأمثلة على تطبيق هذا المعيار، فلن يرى الكثير وجود تضارب في المصالح لو دعا أحد مندوبي المبيعات مديراً إلى وجبة غداء في مقصف المنظمة، ولكن بالمقابل فإن إجازةً لمدة أسبوعين مدفوعة التكاليف بالكامل تشير إلى شيء مختلف تماماً. لا حرج في أن تُعد الإكراميات الباذخة والمنافع

والرشـــاوى والهدايا التي يقصد بها «واحدة بواحدة» أنها تشـــجع أو تكافيء سلوكاً ما إذ يمكـــن افتراض ذلك منطقياً، ومع ذلك يبـــرز مظهر تضارب المصالح عند تقبُّل أية إكرامية مـــن الذين تُجرى وتُمارس معهم التجارة، حتى لو كانت هديةً صغيرة أو دعوةً لغـــداء متواضع. حتى الإكراميات - التي ليســـت لها قيمةٌ تذكـــر - لها أثرٌ تراكمي؛ إذ تربـــط المانح والمتلقي بطريقة تقلص موضوعية المتلقـــي وتضعفها، وإبقاء مثل تلك العلاقات بعيداً وفوق الشبهات هي السبيل القويم في أي تبادل تجاري.

يُتوقـــع من تنفيذيي الرعاية الصحية أن يتصرفوا في حياتهم الشـــخصية والمهنية بحيـــث تصُب كل قراراتهم في مصلحة المنظمة والذين تخدمهم، ويُتوقع منهم أيضاً أن يفصحوا للســـلطات المعنية عن أي مصالح مباشرة أو غير مباشرة، شخصية أو مالية، وتشـــكل تضارب مصالح محتملاً أو فعلياً، إضافةً إلى إشـــعار الســـلطات المعنية بأية تعيينات أو ترشـــيحات لمجالس الإدارة أو اللجان -قد تقود إلى ازدواجية في المصالح تـــؤدي بدورها إلى تضارب فـــي المصالح- داخل أو خارج منظمة التنفيذي. فلا يمكن تقبـــل الهدايا أو المنافـــع إن مُنحت مع التوقع الصريح أو المتضمـــن بالتأثير في صنع القـــرارات الإدارية بطريقة غير مؤاتية. وبغض النظر عـــن النوايا، فالتصورات التي يثيرها الحصول على هدية أو منفعة تشير إلى عدم اللياقة والإثم.

تعتمـــد تلك الأدلة على تقدير المديرين، لأنهم فقط من لديهم المعرفة بالنشـــاطات الشـــخصية وبالمنظمة التي تمكنهم من إدراك حدوث تضـــارب محتمل أو فعلي، وعن الحاجة إلى الحل وعن ضرورة الإفصاح عن حقائق معينة أو عرضها على الســـلطات المعنية. وكما أشرنا سابقاً، فإن تضارب المصالح غالباً ما يكون مبهماً غامضاً تدريجياً، وينســـل تدريجياً ويتطلب تجنبـــه -أو الحد من تأثيره عند حدوثـــه- الحذر واليقظة الدائمين.

تساعد ضوابط أخلاقيات المجمع الأمريكي لإداريي الرعاية الصحية المديرين في درء وحل تضارب المصالح وتنص على أنه يجب على مدير الرعاية الصحية أن:

يفصح لمجلس الإدارة أو أي ســـلطة أخرى حسب ملاءمتها عن أي ظروف محتملة أو فعليـــة تتعلـــق به والتي قد يظن أنها تؤدي إلى تضارب المصالح أو توقع أثراً ســـلبياً جســـيماً على المرفق أو المقيمين فيه. إضافةً إلى ذلك، فهو لن يشترك في النشاطات التي قد يعتقد أنها تؤدي إلى تضارب المصالح أو توقع أثراً ســـلبياً جسيماً على المرفق أو المقيمين فيه[10].

تقبل الإكراميات والمنافع:

ينبغي لمنظمات الخدمات الصحية أن تساعد موظفيها على تجنب تضارب المصالح بتبني السياسات التي ترشدهم في صنع القرار المتعلق بتقبل أو رفض الإكراميات والمنافع، وعند عدم تلقي الإرشاد، يتصرف الموظفون والمديرون بطريقة يرون أنها تتفق مع الممارسة المعقولة ومع ثقافة المنظمة.

صغائر الأمور:

سعد جون هنري وليامس بوظيفته الجديدة في قسم الأشعة في منظمة «مركز دور المسنين والتأهيل المدمجة» فقد عيِّن مديراً بالإنابة عندما طلبت سلفه ماري بيث جيكبسون إجازة أمومة لمدة ستة أشهر. يصبح جون هنري في وظيفته هذه مسؤولاً عن ما يعادل فنيين ونصف من الدوام الكامل وموظف مواعيد، وما قيمته (٣٥٠٠٠٠) دولار من المعدات، ويخوّل بشراء احتياجات الأشعة التي تبلغ قيمتها السنوية (١١٠٠٠٠) دولار والتي يوفرها ثلاثة متعهدين، وهي شركات تعامل معها المركز لعدة سنوات مضت.

فيما هي تشرح سير العمل لجون هنري ركزت ماري بيث على مدى سعادتها باجتماعاتها مع مندوبي المبيعات من الشركات الثلاث، فقد أصبح أحدهم على مر السنين صديقاً مقرباً، كما أخبرت جون أن معظم الاجتماعات تقام في المطعم الأنيق قرب المركز، وقد يقام البعض في مكتبها وعند ذلك كان المندوبون دوماً يحضرون معهم «هدايا بسيطة»، وعندما سألها جون هنري عما تقصد أعطته ماري بيث بعض الأمثلة: وهي: العطور أو زجاجة براندي أو طقم أقلام في حافظة جلدية. تذكر جون هنري أن زوجته قد يعجبها العطر، ولكنه كان يفضل وجبات الغداء فقد كانت فرصةً للابتعاد عن المقصف الكئيب، وكذلك التغيير من شطائره المملة التي يحضرها من المنزل، وأخبرته ماري بيث أن وجبات الغداء لم تكن فاخرةً وأن تكلفتها على المندوب كانت مماثلةً لتكلفة الهدايا أي في حدود مبلغ (٤٠ إلى ٥٠) دولار.

سأل جون هنري ماري بيث عما إذا كانت هناك سياساتٌ تتعلق بتقبل الهدايا من المتعهدين، وتضايقت ماري بيث من السؤال الذي تضمن فكرة

وجــود خلل ما بما كانت تفعل، وأجابت باقتضاب أن المركز يثق بمديريه ويسمح لهم بحرية التصرف في مثل تلك الأمور، ثم سأل جون هنري إذا مــا كان تقبل الإكراميات قد يوحي إلــى الموظفين الآخرين بأن قراراتها قد تأثرت بالعلاقة المالية مع مندوبي المبيعات. ثم لاح غضب ماري بيث علــى محياها قائلة: «أنا أعلم أنك تظن أن ما أفعل لا يبدو مســتقيماً، وهذا ليس عدلاً فأنا أعمل ساعات طويلة كمديرة ولا أتقاضى إلا مبلغاً إضافيــاً قليلاً، ويســتدعي الأمر جهداً ووقتاً للحفــاظ على الموجودات الملائمــة، ولو حدث خللٌ ما فالعاقبة علــيّ، وأما دعوات الغداء والهدايا الصغيرة فهي تمنحني شــعوراً أفضل نحو جهودي التي أبذلها، فقد كان عملي مثالياً ويسعدني مناقشة أي شخص يرى عكس ذلك.

توضح هذه الحالة مشكلةً شائعة في منظمات الخدمات الصحية. فهناك عدة حقائق تدعم موقف ماري بيث، فدعوة العملاء للغداء ومنح بعض الإكراميات الصغيرة أمرٌ شائع فــي العلاقات التجارية، فلا تتحمــل المنظمة أي تكاليف مباشــرة لأن مندوبي المبيعات يدفعون مقابل كل شــيء، مستخدمين حسابات نفقات شركاتهم. أصبح على الأقل أحد مندوبي المبيعات صديقاً شــخصياً. لو أخذت بشــكل منفصل، يبدو مســتبعداً أن تتأثر قــرارات ماري بيث بالقيم المتواضعة لدعوات الغداء والإكراميات، ولكن قد يؤدي النمط على المدى الطويل إلى تفســيرات مختلفة، ولا بد من ســؤال مــا إذا كان قد يتم تجاهل واستبعاد موردين آخرين محتملين بسبب العلاقة «الحميمة» مع المتعهدين الحاليين.

يتضح عدم وجود سياســة منظمية ليسترشــد بها جون هنري، فلا تتناول ضوابط المجمــع الأمريكي لتنفيذيــي الرعاية الصحية ولا ضوابط المجمــع الأمريكي لإداريي الرعاية الصحية الجوانب غير المحسوسة من تضارب المصالح. رغم استحالة التحقق من نوايا المانح الحقيقية، ولكن يســعى المتعهدون إلى بناء علاقات جيدة مع المشترين، ومنح الهدايا هـي إحدى الطرق إلى ذلك، ولا بد من اســتخدام أدلة خارجية بما فيها ما مُنح وما قُبل لاستنتاج وجود تضارب في المصالح.

قد يستفيد صناع القرار من تضارب المصالح في عدة نواحي، من المواقف المغْفلة، تلك التي يدرك الطرفان فيها أنه ســينظر في أمر توظيف صانع القرار في المستقبل بمحابــاة أو بمنح منافع أخــرى إن هو اتخذ القرار الملائم، ويصنــع بالضرورة الوعد أو الإشــارة إلى منافع مســتقبلية ازدواجيــةً في المصالح تؤدي بســهولة إلى تضارب المصالح الفعلي ويجب النهي عنها في ضوابط الأخلاقيات. تشيع أمثلةٌ على مثل تلك

الظروف في القطاعات غير الصحية، فيتفاعل موظفو الخدمة العسكرية مع المقاولين والمتعهدين ثم يقبلون وظائف بعد تقاعدهم من الخدمة العسكرية لدى تلك المنظمات عينها، كما يجد أعضاء مجلس الشيوخ وموظفو المنظمات الفدرالية وظائف مجزية كأعضاء في مجموعات ضغط (اللوبي) أو كموظفين في منظمات كان لهم تأثير عليها في وظائفهم السابقة. مع أن القانون الفدرالي يقيد سرعة حدوث مثل تلك العلاقات، إلا أنه يسمح بتقديم الاستشارات للذين يقيمونها، وتلك حقاً ثغرةٌ كبيرة في القانون. يوظف تنفيذيو الخدمات الصحية السابقين الشركات الاستشارية التي عملت مع منظماتهم، وتلك المشكلات في حقل الخدمات الصحية هي أكثر من مجرد حالات نظرية، ويتزايد احتمال حدوثها مع تزايد تسييس الرعاية الصحية ومع تزايد تجمعات وتكتلات منظمات الخدمات الصحية.

أي شخص يتقبل أي شيء ذي قيمة -وهو يعلم أن في نية المانح أن يؤثر في المتلقي- يفعل ذلك لا أخلاقياً، فالرشوة بينة، إذ يعلم المتلقي ماذا يدور ويعلم ماذا أو من هو الذي يُشترى؟ إلا أن العلاقة عادة بين المانح والمتلقي تكون غير محسوسة تماماً ويصعب إدراكها. فماذا يفعل مدير صيدلية المستشفى حيال دعوة غداء من قبل موزع العقاقير؟ هل يمنع المدير التنفيذي أخصائي التغذية من تقبل علبة حلويات بمناسبة الأعياد من المورد؟ وماذا عن هدية متواضعة من مندوب مبيعات المعدات الذي فاز بالعرض خلال برنامج التجديد الذي انتهى منذ ثلاث سنوات؟ أو منذ عشر سنوات؟ فقد توحي مثل تلك العلامات بتضارب مصالح محتمل، وقد تمنح الهدية لتلقي اعتبارات خاصة في المستقبل، أو قد تكون ثمناً لخدمات وقرارات سابقة.

تصبح مثل تلك المواقف أكثر تعقيداً لصعوبة التمييز بين نشاطات المديرين والموظفين التي يشوبها تضارب المصالح والتعاملات العادية، إذ يطور الناس العلاقات والصداقات سواءً كانوا باعةً ومشترين أو زملاء مهنيين، ولكن يفترض أن يكون المشتري في مثل كرم البائع بدعوة البائع إلى الغداء ومنحه الهدايا، ويجب أن يكون طريق العلاقة بينهما في الاتجاهين.

ينبغي لمنظمات الخدمات الصحية أن تحدد سياسات للإكراميات والمنافع، وفي هذا الصدد هناك ثلاثة خيارات أساسية، أقلها تعقيداً هو منع الموظفين من تقبل الإكراميات أو المنافع المقدمة لهم أثناء قيامهم بمهام أعمالهم وهذه سياسةٌ في غاية البساطة فلا داعي لتقدير نوايا المانح. وبإمكان الموظفين استخدام هذه القاعدة الواضحة القاطعة لرفض تلقي الإكراميات والمنافع التي قد تسبب لهم الإحراج والضيق، مما يزيد من

منفعة تلك القاعدة، رغم أن رفض الإكراميات ذات القيمة التافهة قد يؤدي إلى إرباك وإحراج بعض الموظفين؛ ولكن ليس لهذا الجانب سلبية كبيرة. والأهم من ذلك، أن مثل تلك السياســات تقضي على الحاجة إلى تقدير ما إذا كانت هناك توقعات بالتأثير في صنع القرارالاداري. الخيار الأول هو موقف رابطة إدارة موارد ومواد الرعاية الصحية التي تنص ضوابط أخلاقياتها الشخصية على ما يلي: «لا تدخل أبداً في أي تعامل قد يؤدي إلى منفعة شخصية أو تضارب في المصالح.»[11]

أمــا الخيار الثاني فهو واقعــي (براغماتي) إلا أنه أكثر تعقيداً لأنــه يتطلب أحياناً التمييــز والقرارات الصعبة. يطبق علــى الخيار الأول معيار المعقولية والاعتدال، وهذا يأخذ فــي الاعتبار عدة ظروف مختلفة ويميز أن للموظفــين أصدقاء وعلاقات، ولكن ما يجب اجتنابه بلا محاباة هو أي تلميح بعمل الخطأ أو أي إشــارة إلى أن قراراً ما قد يؤدي إلى تضارب المصالح، وكما أشرنا لا يمكن التوصل إلى مثل هذا التوازن إلا بصعوبة كبــرى. والاختبار الحقيقي هنا هو ماذا يســتنتج الشــخص العقلانــي - الذي يراقب الموقف بموضوعية - عن نوايا المانح وتأثير الإكرامية أو المنفعة في صانع القرار.

الخيار الثالث هو هجين من الخيارين الأولين، وهو حل وسط للمنظمات التي تفضل عدم فرض منع مطلق، ولكنهــا ترغب في تقليص تضارب المصالح وأن توفر لموظفيها نقطــةً مرجعية. تعد هذه السياســة أن جميع الإكراميات والمنافــع موجهةٌ للمنظمة وهي ملكٌ لها، وتتاح لاستخداماتها بإرسالها إلى مدير سلسلة التزويد والتموين وذلك إما لإعادة توزيعها على الموظفين أو لاســتخدامات أخــرى للمنظمة. لو أعطيت تلك الإكراميــات والمنافع للمنظمــة أو تم توزيعها بين الموظفين لزال احتمال وقوع تضارب مصالح شخصي، رغم احتمال استمرار تضارب بين المنظمة ورعاية المرضى.

يشــابه هذا الخيار منظمة الخدمات الصحية التــي تتقبل الإكراميات والمنافع من الشــركات التجارية، إذ كثيراً ما يســاهم متعهدو السلع والخدمات بتبرعات نقدية أو عينية للمنظمات غير الربحية، ولا يعد تقبلها تضارباً في المصالح. إذ تفيد التبرعات المنظمة مباشرةً وبشكل عام، تماماً كما يفيدها خفض الأسعار أو الخصم، إلا أن هذا الخيار يجعل تقبل الإكراميات أو المنافع الاســتهلاكية صعبــاً مثل الدعوات للوجبات والرحلات السياحية مدفوعة التكلفة، ومع ذلك بالإمكان الوصول إلى تسوية هنا أيضاً، فبالإمكان مثلاً توزيع الرحلات الســياحية على الموظفين بالقرعة، أو تستخدم لمكافأة موظف لتميز أو نجاح مشهود، فلا تتراكم الإكراميات أو المنافع لشخص واحد، مع أن المجد والشهرة المرتبطة بتلك التبرعات قد تعزز سمعة القائمين على المنظمة. إضافةً

إلى تعزيز سـمعة الإدارة فهي تثير كذلك تسـاؤلات حول المعاملة التفضيلية للموردين بسـبب الهدايا والتبرعات التي قدموها سابقاً. إن عادة تقبل الهدايا النقدية والعينية من المتعهدين شائعة ولا يحتمل أن تتغير رغم ما تثيره من تحفظات أخلاقية.

ماهي إلا مسألة درجة.

> تلقى ستيمسـون أربع تذاكر لنهائي بطولة دوري كرة القدم الأمريكية في البريد، وقد ألحقت بها رسـالةٌ قصيـرة من مندوب المبيعات المحلي لشـركة كبرى لصناعة المعدات ورد فيها ما يلي: «توقعت أنك سـتتمكن من الاسـتفادة من هذه التذاكر». قرر مؤخراً مرفق رعاية المسنين الذي يديره ستيمسـون بناء توسـعة لوحـدة التأهيل. تصنع شـركة مندوب المبيعات معدات يمكن استخدامها في الوحدة، وكان ستيمسون قد اتصل بالمصنع منذ عدة أشـهر ليناقش المعـدات المتاحة لكي تكون المواصفات التي يضعها لإجراءات المناقصة أكثر دقة.

يجد ستيمسـون نفسـه في موقف حـرج، فتذاكر نهائي بطولة كـرة القدم مكلفة ويصعـب الحصول عليها وتعد قيمةً جداً لدى الكثيريـن، إلا أن قيمتها الداخلية أمرٌ شخصي وغير موضوعي، فقد لا يلقي لها بعض المتلقين بالاً ولا يقدرون قيمتها كثيراً. إلا أنه في غياب علاقة شـخصية كالصداقة القديمة، يبدو أن التذاكر الممنوحة قُصد بهـا التأثير في قـرار المدير التنفيذي، ومن الأمور المهمة في مناقشـة هذا التضارب هو معرفة ما إذا كان ستيمسـون هو المالك الوحيد للمنظمة، لأنه إن كان الأمر كذلك فمصلحة ستيمسـون ومصلحة المنظمة واحدة ولا يوجد تضـارب مصالح اقتصادي، ومع ذلك فقد تتعارض مصالح المالك المالية مع مصالح المقيمين في المرفق، وهذا نوعٌ مختلف من التضارب.

إقرار الإنفاق الذاتي:

قد تكون تسـاؤلات تضـارب المصالح الأكثر غموضاً هي تلك التسـاؤلات الذاتية، فقـد بدا بديهياً أن يضع مديرو الخدمات الصحيـة مصلحة المرضى قبل مصالحهم الشخصية، ولكن كم يجب الإنفاق على ترميم و تأثيث مكتب المدير التنفيذي؟ وما نوع السـيارة التي يجب شراؤها لأعضاء الإدارة العليا؟ تتفاوت الإجابات على تلك الأسئلة وفق نوع وملكية المنظمة.

المرضى أم نفسي؟

أندرســـون هو المدير التنفيذي لأحد المستشفيات العامة وهو منظمة غير ربحية، شـــكل له أندرسون طاقماً إدارياً فعالاً، ولأن نتائج أندرسون كانت جيدةً ســـنةً تلو الأخرى، لا يلقي مجلـــس الإدارة بالاً إلى العمليات الداخلية ويركز على جمع التبرعات وعلاقات المجتمع. ولدى أندرســـون مبلغ كبير تحت تصرفه للمصروفات النثرية، وقد أنفقه في الماضي على الترفيه والهدايا وتدريب الموظفين.

بعـــد إلحاح عدد من أعضاء مجلس الإدارة والمديرين قام أندرســـون بإعـــادة تصميم وتزيـــين المكاتب الإدارية، فقام بطلـــب الأرائك الجلدية المزينة بخشـــب الورد وتركيب ستائر أنيقة، وفرش ســـجاد وثير، وابتاع مكتباً من خشـــب السنديان الفاخر وعدداً من اللوحات الزيتية الأصلية، حتى بلغت تكاليف المشروع (٥٠٠٠٠) دولار.

عندما انتُقدت التكاليف حتى من قبل أكثر أعضاء الهيئة الطبية نجاحاً مالياً، كانت ردة فعل أندرســـون دفاعيةً بحتة، وكانت حجته الأساســـية لتبرير الإنفاق أن المدير التنفيذي لمنظمة تساوي ملايين الدولارات يحتاج إلى تنميق مكتبه لكي يكون فعالاً، ولم يقتنع أحد من نقاده بذلك.

يُختلف حول ما إذا كان مثل ذلك الإنفاق ملائماً وفق البيئة والظروف، فسوف ينظر إلى هذه الحالة بطريقة مختلفة في مستشفى خاص كبير يتمتع بمقدرات مالية كبيرة، حيث يتوقع أن يعكس فيه مكتب المدير التنفيذي النجاح والرفعة، عنها في مستشـــفى حكومي حيث يصرف فيه كل قرش بحذر، ومع ذلك فبإمكان المنظمات في أي الطرفين أن تموِّل مشـــاريع إدارية وإكلينيكية قيمة بمبلغ كهذا. ومع أن لا أحد يتوقع أن يجلس المدير التنفيذي على كرسي خشبي أو يستخدم ألواحاً ليصفَّ فيها كتبه، إلا أن المحك يجب أن يكون القرار العقلاني المتزن، ومن المفيد النظر إلى مثل هذه الأمور من خلال منظار المراقب الموضوعي الواعـــي الخارجي، ويمكن هنا تطبيق اختبار «ضوء النهار» الذي صاغه كليفلاند.

تضارب المصالح دون مكسب شخصي مباشر:

تشابه قضية مستشفى مريام قضية مستشفى هيرمان[١٢]، إذ تقع كلاهما بين قضيتي مستشفى سيبلي ميموريال ومستشفى سيدرز أوف ليبانون. ففي هذه القضية عناصر من تضارب المصالح إلا أن بعض الجوانب الأخرى تجعلها فريدة.

مستشفى ميريام.

كانــت اختبارات الدم الروتينية تجرى في مستشــفى ميريام في مدينة بروفيدنس بولايــة رودآيلانــد قبل عام (١٩٨٠م) باســتخدام محلل ذي ســت قنــوات، وفي عام (١٩٨٠م) اشترى المستشفى وشــرع باستخدام محلل ذي (١٢) قناة، وبسبب خطأ في برمجة الحاســب الآلي استمر حساب تكاليف الاختبارين على المرضى رغم استخدام اختبار جهاز القنوات الاثنتا عشرة فقط.

بعد مضي عام أثارت منظمة بلوكروس التأمينية تســاؤلات حول تكاليف التحاليل المخبرية المرتفعة لدى مستشــفى ميريام مقارنةً بالمستشــفيات الأخرى، وكان الرد أن الأطباء في مستشــفى ميريــام يطلبون اختبارات أكثر من نظرائهم في المستشــفيات الأخــرى. في عام (١٩٨٢م) اكتشــف أحد موظفي تدقيق الحســابات - في منظمة لمراجعة المعايير المهنية - التحصيل المزدوج، فصدر أمر من الرئيس المباشر لمدير نظام المعلومــات بإزالة خطأ البرمجة، إلا أنه صدر بعد فتــرة قصيرة من الإدارة العليا في المستشفى أمر بإعادة خطأ البرمجة إلى وضعه السابق.

لاحقاً في عام (١٩٨٢م) اكتشــف أحد مدققي الحســابات - في منظمة بلوكروس التأمينية - المشــكلة ذاتها فطلب نســخةً من البرنامج الحاسوبي، فقيل لمدير معالجة البيانات أن يزيل أي دليل في البرنامج يشير إلى إعادة الخطأ الأصلي، وتلقت منظمة بلوكروس البرنامج المنقح.

بعد فترة قصيرة اتُّهم موظفان في إدارة معالجة البيانات بالسماح لشركة خارجية باستخدام حاسب مستشفى ميريام، في مخالفة صريحة لسياسات المستشفى، وقُدمت لهما فرصة الاستقالة، ولكن خشية استخدامه ككبش فداء عرض أحدهما روايته على منظمة بلوكروس، التي تقدمت بدورها إلى مدعي عام الولاية، وبعد ستة أشهر أعلنت هيئة المحلفين الكبرى اتهامها للمستشــفى وعدد من كبار الإداريين فيه، وشملت التهم المعلنة الحصول على الأموال بادعاءات كاذبة، والتآمر وتزوير الوثائق. وبلغت الأموال المُبالغ في تحصيلها (٢,٨) مليون دولار.

ارتكز دفاع المستشفى ومديريه على تفسيرهم للقواعد التي يتم التعويض التأميني بموجبها، فجادلوا بأن القواعد تتطلب من المستشــفيات أن تســتمر باســتخدام نفس الأسلوب المحاسبي لكامل السنة المالية، حتى لو كان فيها أخطاء مثل التي وجدت هنا، وأن التدقيق في نهاية السنة المالية يحدد التعديلات المالية اللازمة.

على النقيض من مستشفى سيدرز أوف ليبانون ومستشفى هيرمان لا يوجد أي دليل على أن المديرين في مستشـفى ميريام استفادوا شخصياً من قراراتهم، وكان المستفيد المباشر الوحيد من التحصيل المزدوج هو مستشفى ميريام. لا يبرر هذا التفسير الفعل الذي تم، لا من الناحية الأخلاقية ولا القانونية ولكنه يعرضه في ضوء مختلف. فعلى العكس مما حدث في مستشفى سيبلي لم ينفع هؤلاء التنفيذيون ومنظمات أخرى على حسـاب المستشـفى، ولكن بغض النظر، فبما أن التحصيل المزدوج حسَّن وضع ميريام المالي فقد عزز المديرون مراكزهم، وبالتالي فقد اسـتفادوا من خلال الاسـتمرار في الوظيفة، ونيل منزلة وسـمعة أفضل، بل ربما حازوا مكافآت مالية من المنظمة. لقد كان وضع ميريام المالي غير واضح، فقد صرحت بعض المصادر بعدم قدرته على سداد التحصيـل الإضافي، رغم أن الإدارة صرحت بعدم إشـكالية ذلك. إذا صح هذا هنا، فإن إنقاذ منظمة تعاني من مشـكلات مالية بمجازفة شخصية أمرٌ إيثاري كريم غني بالتضحيـة ويعكس أخلاقيات الفضيلة، مع أن تلك الجهود تنقذ المديرين أيضا. ومع ذلك لا يمكن للنشـاطات الإيثارية والتضحيات أن تأخذ الأولوية على الفضائل والقيم الأخلاقيـة الأخرى. فلا يصح أن تبرر الغاية الوسـائل، فقـد تجاهل هؤلاء المديرون فضائل الأمانة والنزاهة والموثوقية والتي هي أحوج من الناحية الأخلاقية.

تضارب النظم:

يشارك مديرو الخدمات الصحية عادةً في مجالس إدارة المنظمات المرتبطة بالصحة، ومن الأمثلة على تلك المنظمات نورد هيئات التخطيط الصحي، والمؤسسـات الخيرية، وشركات التأمين، ومنظمات بلوكروس التأمينية، ومنظمات الرعاية المدارة، واتحادات المستشـفيات، ويتزايد احتمال وجود تضارب فـي المصالح في ازدواجية المصالح التي تسـببها تلـك الخدمات. بالإمكان تجنب تضارب المصالح مـن خلال الإفصاح المبكر عن الخدمـات لمجالس الإدارة، أو اللجان خارج منظمة المدير لمجلس الإدارة أو الجهة المعنيـة في منظمته، إذ تعطي تلك المعلومـات تنبيهاً للمنظمة وتمكنها من تقدير مدى تضارب المصالح الممكن، فإن وجد تضارب فعلي وجب على المدير الانسـحاب من تلك المهمـة، ولكن قد تكون التغيرات في بيئـة الخدمات الصحية أدت إلى تقليص فاعلية تلك الاحترازات.

تبـدأ المعضلة بالتـزام المدير الوطني ومسـؤلياته المهنية المبنيـة على واجب عام بالإحسـان وبمسـاعدة المجتمع في إشـباع احتياجاته الصحية. يعـزز تلك الجهود

الضوابط الأخلاقية ودوافع المشاركة في مجالس الإدارة. يجب تشجيع مديري الخدمات الصحية ودفعهم إلى تطبيق خبراتهم المهنية لتحسين الخدمات الصحية في المجتمع، ولكن احتمال تضارب المصالح واضح ويمكن وجوده حتى بدون مناقشة مقدمي الخدمات الصحية الآخرين، فلو كان مديرٌ للخدمات الصحية عضواً في مجلس إدارة منظمة تأمينية على سبيل المثال، هناك تضارب مصالح محتمل فيما يتعلق بالأقساط والعقود التأمينية والخدمات المغطاة، إضافةً إلى ذلك أصبحت بعض منظمات التأمين منافسةً لمنظمات الخدمات الصحية التقليدية بعد تطوير قدراتها على تقديم الرعاية الصحية. لو امتنع المديرون عن مناقشة الأمور المتعلقة -مباشرةً- بمنظماتهم أو التصويت عليها فلا يمكن تفادي الاطلاع على إستراتيجيات وتوجهات المنظمة في نشاطات أخرى تؤثر بصفة عامة أو محددة في منظمات الخدمات الصحية التي ينتمي إليها المديرون، وحتماً بعد الاطلاع على تلك المعلومات يستحيل تجاهلها.

يجعل التنافس المتزايد في حقل الخدمات الصحية جميع المعلومات عن المنافسين في غاية الأهمية لمواجهة تحديات وتهديد حصة السوق ولدرء المبادرات العدوانية، وفي واقع الأمر تتطلب فضائل الولاء والوجدانية من المدير أن يحافظ على الحصة السوقية للمنظمة وأن يتوسع فيها. إذا قلل المديرون من مشكلة تضارب المصالح من خلال الإفصاح والانسحاب عند الضرورة، فهم يقلصون فاعليتهم كأعضاء في مجلس إدارة المنظمة الخارجية وكذلك يحتمل انتهاكهم لواجب الوصاية، إضافةً إلى ذلك، فهم يجازفون بأن يصبحوا عرضةً لقذفهم بعدم اللياقة والابتذال لمجرد المشاركة في منظمة خارجية.

كيف يمكن حل تلك المشكلة؟ كيف يمكن لمنظمة الخدمات الصحية أن تكتسب الخبرات المهمة بدون أن تعرض نفسها أو مديريها لاتهامات بعدم اللياقة والابتذال وتضارب المصالح؟ أحد الخيارات هو قبول الأشخاص من منظمات غير منافسة فقط في مجلس الإدارة، إلا أنه من سلبيات هذا الحل أنه قد يستبعد أشخاصاً لديهم خبرات عملية في منطقة خدمة المنظمة، علماً أن المديرين من خارج المنطقة يكتسبون الخبرة بعد فترة من الزمن، ويعقد هذا الحل أيضاً العدد المتزايد من النظم المدمجة لتقديم الرعاية، التي أخذت تستبدل المنظمات المحلية التقليدية بأخرى إقليمية أو وطنية.

الخيار الثاني هو أن توظف منظمة الرعاية الصحية أعضاء مجلس إدارة متفرغين، أي أنهم أعضاء مجلس إدارة منظمة غير منافسة ولا يعملون في مكان آخر. ينتشر

المديـــرون المتفرغون في المنظمـــات التجارية ولكنهم يندرون فـــي الخدمات الصحية وبخاصة في القطاع غير الربحي، إذ يدفع عادةً لهؤلاء مبالغ لا تسبب مشكلةً لمنظمات الخدمـــات الصحية وخاصةً الكبرى منها، أما المنظمات التي لا تتحمل التكلفة فينبغي لها أن تتبع الإجراء التالي.

يستخدم الخيار الثالث أشخاصاً مؤهلين مهنياً ولديهم خبرة في المجال ولا يديرون حالياً منظمات للخدمة الصحية، وتشـــمل الأمثلة على هـــؤلاء المتقاعدين من مديري الخدمات الصحية، وأســـاتذة الخدمات الصحية، كما بإمكان الأطباء وأفراد المجتمع المســـتنيرين العمل في هذا المجال أيضا. ولهذا الخيار معظم إيجابيات الخيار الثاني، ويســـتحب هنا أن تدفـــع المنظمة مقابل خدمات هؤلاء، لأن ذلك يؤدي إلى مســـتويات أعلى وأفضل من الالتزام والمشاركة.

يواجه المديرون –الذين يعملون على تحســـين خدمـــات المجتمع الصحية من خلال الجهود التعاونية– بيئةً تتزايد فيها التنافسية، ويجعل هذا التحدي بعض أنواع التعاون صعباً إن لم يكن مستحيلاً. أما الأنواع الأخرى من التعاون مثل التشارك في الخدمات والمســـاهمة في المشاريع المشتركة فهي تنشـــط وتحفز. إن النجاح والاستمرار هدفٌ مؤسســـي رئيسي لمنظمات الخدمات الصحية، وتلزم ضوابط أخلاقية جديدة لمواجهة تلك المشكلات والتصدي لها.

الخاتمة:

يتطلـــب تجنب تضارب المصالـــح الحذر التام المتواصـــل، إذ يخاطر مديرو المرافق التـــي تمتلكها الحكومـــة بالغرامات والادعاءات القضائية جـــراء تضارب المصالح، مع أن احتمـــال الجزاءات القانونية ينخفض في القطاع الخاص، إلا أن ذلك لا يتحاشـــى المشـــكلات الأخلاقية. يركز المجمع الأمريكي لإداريي الرعاية الصحية على الإفصاح من أجل إزالة أو تقليص المشـــكلة، ويفترض الإفصـــاح إدراك ازدواجية المصالح الذي يؤدي بدوره إلى تضارب المصالح. قد يعني عدم إدراك وجود تضارب أن المديرين قد وقعوا فيه قبل أن يعوا ذلك، لأن تضارب المصالح يكون أحيانا مبهماً غير محسوس ولا بد من التساؤل المتواصل وتحليل الذات ليمكن تحديده، وتزداد إمكانية حدوثه وتأثيره الفعلي مع احتداد التنافس.

بالإمكان تحاشـــي تضارب المصالح أو القضاء عليه، بوســـائل أخـــرى إضافةً إلى الإفصاح، بما فيها الكشف عن مصالح خارجية قد تؤدي إلى تضارب المصالح، وطلب المشـــورة من مجلـــس الإدارة وعدم المشـــاركة في الأمور التي قد يكـــون فيها تضارب مصالـــح، أو محاولـــة التأثير فيهـــا. تزيل هذه الإجراءات تضارب المصالح أو تشـــعر مجلس الإدارة باحتمال وجودها، وكلاهما مهمان، ولكن على المديرين أن يضعوا نصب أنظارهم دورهم كوكلاء أخلاقيين وبذلك يسعون لمنع حدوث تضارب المصالح أو العمل على الحد من تأثيراته السلبية عند وقوعه.

يســـبب تضارب النظم مشـــكلات فريدة إضافةً إلى فرص في البيئات التنافسية، ولكي يتفادوا تضارب المصالح ينبغي على المديرين أخذ الحيطة والحذر، وقد يضطرون إلى الانسحاب من المشاركة في مجالس الإدارة أو الاستشارات مع منظمات الخدمات الصحية المنافســـة أو التي يحتمل أن تصبح منافســـة. قد يحتاج الأمر إلى وســـائل غير تقليدية لتعظيم المســـاعدة التي يمكـــن أن يوفرها الخبراء في الخدمات الصحية وتقليص احتمال حدوث تضارب النظم.

الهوامش:

1. Mahzarin R. Banaji, Max H. Bazermand, & Dolly Chugh. (2003, December). How (un)ethical are you? Harvard Business Review 81(7), p. 61.

2. Harlan Cleveland. (1972). The future executive (p. 104). New York: Harper & Row.

3. Arthur E. Southwick. (1988). The law of hospital and health care administration (2nd ed., pp. 123–126). Chicago: Health Administration Press.

4. Stern et al. v. Lucy Webb Hayes National Training School of Deaconesses and Missionaries et al., 381 F. Supp. 1003 (1974).

5. Ibid., p. 1013.

6. James E. Orlikoff. (1990, January). What every trustee should know about D & O liability. Trustee 43, pp. 8–9.

7. Houston Post, articles dated March 5, 9, 10, 12, 13, 16, and 19, 1985, and Washington Post, article dated March 21, 1985.

8. Summarized from a case study written by the late Milton C. Devolites, Professor Emeritus, Department of Health Services Administration, George Washington University, Washington, D.C. The case was prepared from various issues of the Miami Herald and the Miami News published in 1974.

9. Cheryl Clark. (2010, July 1). 99% of teaching hospitals lack clinical care conflict of interest policies. HealthLeaders Media. Retrieved October 24, 2010, from http://www.healthleadersmedia.com/content/QUA-25327299-/Of-Teaching -Hospitals-Lack-Clinical-Care-Conflict-Of-Interest-Policies.html.

10. American College of Health Care Administrators. (2003). Advocacy: Code. Alexandria, VA: Author.

11. Association for Healthcare Resources & Materials Management. (2003, August 27). Code of ethics and professional conduct. Chicago: Author.

12. Providence Journal-Bulletin, articles dated September 22, 1983; October 2, 5, and 6, 1983; and May 16, 1984.

الفصل السابع

القضايا الأخلاقية المتعلقة بالمنظمة والموظفين

تنشأ تشكيلة متنوعة من القضايا الأخلاقية الإدارية أثناء قيام مديري الخدمات الصحية بمهام أعمالهم، فعلى سبيل المثال، تنتمي القضايا المرتبطة بتقييم أداء الموظفين إلى العلاقات الرسمية، كما تنشأ قضايا أخرى من علاقات منظمية أقل رسمية مثل العمل مع الممارسين المستقلين من الهيئة الطبية. للمديرين علاقة وكالة قانونية وأخلاقية مع المنظمة ممثلة في مجلس الإدارة، فمن الناحية الأخلاقية، المديرون هم وكلاء للموظفين في المنظمة وتثير تلك العلاقة التزامات خاصة. تناولنا موضوع المتاجرة الذاتية بإيجاز في الفصل السادس ونناقشه أيضاً في هذا الفصل.

يطّلع مديرو الخدمات الصحية أثناء قيامهم بمهام أعمالهم على كم هائل من المعلومات السرية ودخائل الامور والمعلومات الخاصة بالمنظمة، والكثير منها في غاية الحساسية ومعظمها ملكية خاصة. تختلف المعلومات الإدارية عن تلك التي تُجمع وتُستخدم وتُحفظ من أجل رعاية المرضى، ويعد استخدام وحماية كلا النوعين من المعلومات السرية من الاعتبارات الأخلاقية المهمة في منظمات الخدمات الصحية.

البيئة المنظمية للعلاقات:

يتم توظيف المديرين لأداء مهمة المنظمة وتأدية رسالتها ضمن سياق فلسفتها المعلنة، ويختار مجلس الإدارة المدير التنفيذي ويقيّمه، ضمن أحد أهم مسؤولياته، و بدوره يختار المدير التنفيذي المديرين التابعين له ويقيّمهم، وربما يُفعل ذلك حتى مستوى الإدارة المتوسطة. بغض النظر عن المستوى المنظمي، فالمديرون هم وكلاء أخلاقيون مسؤولون أخلاقياً عن تأثيرات التقصير في أداء العمل، وسوء استعمال المنصب أو السلطة، والتجازات الناتجة من المراجعة القانونية التي تؤثر في المرضى والموظفين والمنظمة. ولا تعفى قرارات المديرين من المراجعة لمجرد أنهم موظفون أو لأنهم كانوا ينفذون الأوامر، فقد يرى القانون أن الأشخاص الذين لا يحتلون مناصب عليا أو أنهم ليسوا من صناع القرار أقل مسؤولية من غيرهم، ولكن المديرين يبقون -بغض النظر عن وضعهم القانوني- مسؤولين أخلاقياً.

بصفة المدير موظفاً فهو يلتزم بواجب الولاء للمنظمة وموظفيها، فمن ناحية المنظمة، يعني ذلك الواجب أن يدعم المدير أهداف ونشاطات رب العمل وأن يبقي ما يصل إلى علمه في كنف السـرية، فلا تعلن الخلافات حول السياسـة أو تنفيذها ولا تنقل إلى أشخاص لا ينبغي لهم أن يطلعوا عليها، ولواجب الولاء أهمية خاصة في ضوء ظاهرة مرضية متفشية ألا وهي اغتياب رب العمل. والاغتياب ليس التذمر أو التشكي الذي يعد عادةً سـلوكاً طبيعياً إن لم يكن صحياً أيضا. فرغم وجود سـبب منطقي لتذمر الموظفين عن طريقة معاملتهم (لا يسلم من ذلك دائماً حتى أفضل أرباب العمل) إلا أن الملاحظات السـلبية المجحفة قد تكون إشكالية، يتصرف الموظفون الذين يطعنون في رب عملهم باستمرار بطريقة غير مقبولة وينبغي عليهم في المحصلة النهائية أن يجدوا وظيفةً في منظمة أخرى قبل أن يتم فصلهم.

يجـب على المديريـن أن يجدوا ذلك التوازن الصعب بين الـولاء للمنظمة والأمانة لأخلاقياتهم الشـخصية ونزاهتهم المهنية. أين يضع المدير الحد؟ إلى أي مدى يجب علـى المدير الذهاب في اتبـاع رغبات الجمهور أو الوقوف بمفـرده؟ تلزم أخلاقياتٌ شخصيةٌ واضحة ومحددة بدقة للإجابة على مثل تلك التساؤلات، تلعب ضوابط المهنة الأخلاقية دوراً في هذا ولكنها لا توفر إلا إرشاداً عاماً ولا يرجح أن تساعد المدير في تقريـر ما يجب عليه فعله في حالات محددة، وفي أقصاها فإن حدود الولاء هي جزءٌ من الابلاغ عن المخالفات التي سوف نتدارسها في الفصل الثامن.

كما طرح سـابقاً، على المدير واجبٌ ومسـؤولية مستقلان نحو المريض، ويعني هذا علـى أقل تقدير أن يحمي المدير المرضى من المخاطـر غير الضرورية وأن يعمل على تعزيز مصالحهم. أما ما يترتب على ذلك الواجب فهو الحاجة إلى النزاهة والشجاعة لقول وفعل ما يحقق تلك المسـؤولية، ولكـن ماذا يحدث عندما يتضارب واجب حماية مصالح المرضى مع واجب الولاء لتحقيق جزء من رسالة المنظمة؟

ما كان عليها إلا أن تسأل.

شعر ريتشارد وايدنر بخناق صدري خلال ممارسته لتمارين رياضية معتدلة، فحوله طبيب الباطنية الذي راجعه إلى أخصائية أمراض القلب في المستشفى الجامعي لإجراء قسطرة القلب. بعد أن فحصت وايدنر، شـرحت له أخصائية القلب إجراء القسـطرة وحصلـت على موافقته. وعندما اسـتدارت ذاهبةً سألها وايدنر «سـوف تقومين برعايتي، أليس

كذلك يا دكتورة؟» فأجابته «سأراك في غرفة قسطرة القلب» اطمأن وايدنر وشعر بسعادة من تلك الزيارة الطويلة مع طبيبته.

في عصر ذلك اليوم كان وايدنر مستلقياً على طاولة العمليات بانتظار بدء القسطرة، وكان يرى بوضوح شاشة التلفاز وما إن بدأ الإجراء، شاهد القسطرة وهي تمر من أربيته (groin) باتجاه قلبه، ثم طرح سؤالاً وذهل عندما ظهرت طبيبته قرب رأسه وأخذت تصف ما يحدث. وعندما سأل وايدنر عمن يقوم بتمرير القسطرة أخبرته أنه أحد الأطباء المقيمين من قسم أمراض القلب.

فيما بعد، كان وايدنر في قسم الإنعاش بانتظار إخراجه من المستشفى، وكان ثائراً لأن مقيماً قام بالإجراء وخاصةً أنه اعتقد أنه كان على تفاهم مع طبيبته حول إجراء القسطرة. شرح ما حدث للممرضة وطالب بمعرفة أسباب ما حدث، فحاولت الممرضة تهدئته قائلةً: "كما تعلم، هذا مستشفى تعليمي، ونحن ندرب الأطباء المقيمين حتى يتكمنوا من أداء تلك الإجراءات لكي يساعدوا الناس". لم يهدأ وايدنر وقال: "لو سُئلت كنت -في الغالب- سأوافق على أن يشارك في أداء الإجراء طبيبٌ مقيم، ولكنهم لم يسألوني وأنا غاضبٌ جداً، لذلك آمل أن تبلغي أحد الإداريين أن يحضر لمقابلتي فأنا أريد إجابات"

لم يتعرض وايدنر لأذىً بدني إلا أنه اضطرب عاطفيا، واعتقد أنه خُدع وأن عهداً قد انتُهك، فقد قلق وايدنر عمن سيؤدي الإجراء، وتوخى الأمان والطمأنينة من أخصائية أمراض القلب التي كان يثق فيها، وكانت إجابتها في أفضل الأحوال متملصة، فقد ضللته عمداً أو إهمالاً وبذلك تكون انتهكت التزامها بالصدق. وبالاختصار فقد خُدع وايدنر وعومل بلا احترام، ولكن لا يبدو أن ما حدث كان نتيجة خبث وضغينة، وسيتكدر جميع من لهم علاقة بالأمر لو علموا عن غضب وايدنر من سوء معاملته، ولكن وايدنر لم يتقبل هذا العذر.

ماذا يجب على رئيس قسم أمراض القلب أن يفعل عندما يخبره وايدنر بما حدث؟ لأنه باستثناء طمأنة وايدنر واسترضائه لا يوجد ما يمكن عمله من أجله، ربما يرضي وايدنر لو وُعد أن ذلك لن يتكرر معه أو مع غيره من المرضى، ولكن الأهم من ذلك هو ما يجب عمله لتجنب حدوث مشكلات مماثلة. يجب أن يكون رئيس قسم أمراض

القلـــب هو القوة الدافعة وراء تثقيف الموظفـــين والتغييرات الضرورية في الإجراءات. وكان يجـــب أن تتطلب الأخلاقيات الشـــخصية لزملاء هذا الرئيس وفلســـفة المنظمة المســـتوى المطلوب من العنايـــة والانتباه لمبدأ احترام الأشـــخاص وفضائـــل الموثوقية (trustworthiness) والنزاهة.

لكـــي يحصلوا على التأهيل اللازم، يحتـــاج الأطباء المقيمون إلى تدريب متخصص لا يمكـــن أن ينالوه إلا مـــن خلال علاج المرضى، ولكن الافتـــراض الذي يصعب تقبُّله وتصديقه أن يرضى جميع المرضى بالمشاركة في التعليم الطبي. لأن استخدام الناس كوسائل للوصول إلى غاية هو خلاصةٌ فظة لمبدأ النفعية ويتنافر تماماً مع مبدأ احترام الأشخاص، وتحديداً فقد انتُهك عنصرا الاستقلالية وقول الصدق في هذه الحالة.

تفصح النماذج المســـتخدمة عند إدخـــال المرضى إلى المستشـــفيات التعليمية عن مشاركتها في التعليم الطبي، ولكن الكثير من المرضى لا يقرأون أو يدركون متضمنات ذلـــك الإفصاح. عند تقييمه بالمعايير القانونية للرضـــا المطلع (informed consent) فإن شـــرعية التوقيع على تلك النماذج غير مؤكدة. إلا أن الأهم من المعايير القانونية هو التزام المنظمة الأخلاقي بإعلام مرضاها بمعطيات أن يكون المستشفى تعليمياً فيما يتعلـــق برعايتهم. حتى بعد قراءة النموذج وفهمه جيداً، تتطلب أبجديات الســـلوكيات الأخلاقيـــة إبلاغ المرضـــى بفاعلية وجدية عنـــد تطبيق النشـــاطات التعليمية عليهم والحصول علـــى إذن منهم. نقوم بتغطية التعليم الطبي والرضا والموافقة بالكامل في الفصل التاسع.

المعلومات المنظمية:

بالإضافة إلى بعض أنواع المعلومات الإكلينيكية، يطلع المدير على معلومات سرية عن المنظمة، وكما هو الحال مع معلومات المرضى، فإن من الشـــروط الأساسية للمعلومات السرية الأخرى هو شرط «الحاجة للاطلاع» وتشمل الأمثلة – عن المعلومات المنظمية الســـرية– القرارات حول الأجهزة والمعدات الأساسية (capital equipment) وتوظيف وتطوير الهيئة الطبية، والإستراتيجيات التجارية والتسويقية، والبرامج المالية، وبرامج الموارد البشـــرية. وبنفس الأهمية؛ ولكن لا تشـــمل دائماً أموراً مثل المعلومات العامة المتعلقة بالموظفين، والمنظمـــة، ومعلومات محددة مثل نقاط الضعف والقوة، ومميزات خاصة لمديرين معينين، أو لأعضاء مجلس الإدارة.

تؤدي "الثرثرة" في البيئات التنافسية إلى عواقب وخيمة، فمن غير الأخلاقي إتاحة المعلومات السرية -عمداً أو عن طريق الإهمال- لأشخاص أو منظمات لا يخول لهم الحصول عليها، وهذا صحيحٌ سواءً تعرضت منظمة المدير للمجازفة، أو للخسارة الفعلية، أو أن المدير الذي يفشي المعلومات الخاصة يكسب شخصياً من جراء ذلك.

توجه ضوابط المجمع الأمريكي لتنفيذيي الرعاية الصحية الصادرة عام (٢٠٠٧م)، تنفيذيي الرعاية الصحية إلى "احترام الثقة المهنية"، إلا أن هذه الصياغة لا توفر الكثير من الإرشاد حول استخدام المعلومات السرية في المنظمة، وعلى المديرين وأعضاء مجلس الإدارة والموظفين ضمان حماية المعلومات السرية والتي تعود ملكيتها عادةً للأطباء، وهم متعاقدون مستقلون، وهذا هو الترتيب المعتاد في المستشفيات الأمريكية - ولاءٌ محدود للمنظمة - مما يجعل مشاركة المعلومات الممتلكة معهم إشكالياً. وفي البيئة التنافسية التي تشمل على الأرجح تشمل تنافساً من الأطباء العاملين في الهيئة الطبية للمنظمة، يتزايد توفير منظمات الخدمات الصحية المعلومات السرية للأطباء على أساس "الحاجة للاطلاع".

المتاجرة الذاتية (self-dealing):

تحدث المتاجرة الذاتية، حسب تعريفها الدقيق، عندما يستخدم شخصٌ - بحوزته معلومات سرية - تلك المعلومات للحصول على امتيازات مثل الربح المالي، أوالتميز غير العادل، أو لتمجيد ذاته. أما سوء استخدام المعلومات السرية الذي لا ينطوي على المتاجرة الذاتية فهو مجرد خرق وانتهاك للسرية. من الأمثلة على سوء استخدام المعلومات الداخلية ما يلي: مديرٌ يعلم أن المنظمة سوف تنشئ مركزاً صحياً في منطقة معينة يقوم بشراء العقار من خلال وكيل له، ثم يقوم ببيعه إلى المنظمة بمكسب يتقاسمه الاثنان، وأيضاً، مدير يفشي معلومات عن صنع القرارات المنظمية توفر لمعارفه الأفضلية في المتاجرة مع المنظمة (سوء استعمال المعلومات السرية)، ومثالٌ آخر، مديرٌ يسعى إلى الانتقام من إهانة توهَّم وقوعها عليه، يفشي إستراتيجيات السوق للمنافسين بدون أن يعود ذلك بكسب شخصي عليه. عند توخِّي الدقة فإن المثال الأول فقط يبين المتاجرة الذاتية، ولو كان المدير في هذا المثال هو صانع القرار لكل من البيع والشراء لكان هناك أيضاً تضارب المصالح.

ماذا على المدير أن يفعل؟

إنضـــم س. ل. راين إلى إدارة منظمة كبيرة للخدمات الصحية بعد أن عمل في منظمة مماثلة لعدة سنوات، وهو عضوٌ في المجمع الأمريكي لتنفيذيي الرعاية الصحية، ويريد أن يكوّن أفضل مجموعة من المؤهلات في أقصر وقت ممكن ويصبو إلى أن يصبح مديراً تنفيذياً.

راين مسؤولٌ عن عدد من إدارات الدعم إضافةً إلى النواحي الإدارية لبعض الجهات الإكلينيكية. أدرك راين -بعد بدء الوظيفة بقليل- أن بيئة المنظمة سياســيةٌ للغاية، وجل ما يحدث على مســتوى الإدارة العليا هو نتيجةٌ للعلاقات والالتزامات الشخصية.

تتبع إدارة الصيانة لراين، وهي مسؤولةٌ عن جميع الأراضي المزروعة حول المنظمة، واكتشــف راين أن عمال الزراعة يُرسَــلون إلى منازل كبار أعضاء مجلس الإدارة لرعاية المروج والأشجار والحدائق فطلب من مدير الصيانة تبريراً لذلك، فأجابه أن لهذه الممارسة تاريخ طويل ويجب تركها كمـــا هـي. وعندمـــا طلب راين من مديــر الصيانة أن يقـــدم له تقديراً بتكاليــف الأعمـــال التي تتم في البيوت الخاصة رفــض ذلك؛ قائلاً أنه يخشــى غضب أعضاء مجلس الإدارة المستفيدين من ذلك، فتفكر راين ملياً فيما يجب عليه أن يفعل.

بعد حديث راين مع مدير الصيانة بقليل، تناول طعام الغداء مع مديرة المختبر، وبدون الخوض في التفاصيل تحدث راين عن المشــكلة في إدارة الصيانة، فردت مديرة المختبر قائلةً بأن هذا لا شـــيء، وتابعت موضحةً كيف يقوم عضوان من مجلس الإدارة ببيع الكواشف والمستلزمات للمختبر بأسعار أعلى من سعر السوق. فسألها راين لم لم تفعل شيئا حيال هذا الوضع؟ فأجابت أن سلفها حاول أن يضع حداً لتلك الممارسة ففُصل من عمله، فتفكر راين مجدداً فيما يجب عليه أن يفعل.

لهذه الحالة بعدان، يتعلق أحدهما بأعضاء بمجلس الإدارة، ويتعلق الآخر بالمديرين. يستخدم أعضاء مجلس الإدارة -الذين تقوم المنظمة بصيانة حدائقهم أو الذين يبيعون للمختبر مستلزماته بأسعار مضخمة- سلطاتهم إما ضمناً أو صراحةً لمنافع شخصية. يبدو أن بيع كواشف ومستلزمات -مُبالغٌ في أسعارها- للمختبر أقل أخلاقية من تلقي

صيانـــة مجانية للحديقة، إلا أنه من الناحيـــة الأخلاقية لا يمكن التمييز بين الفعلين، فكلاهما يحرِّف وجهة موارد المنظمة بغير وجه حق (أي يســـلبها). أما أكثر ما يضر الروح المعنوية في المنظمة فهو أن أعضاء مجلس الإدارة يضربون مثلاً سيئاً يبث -في أفضل الأحوال- روح التشاؤم في الموظفين، وفي أسوأ الأحوال يشجع الموظفين أيضاً على استخدام سلطاتهم بطريقة خاطئة.

أمـــا البعد الآخر لحالة «مـــاذا على المدير أن يفعل؟» فهـــو دور المديرين، فالدراية بالسلوك الخاطئ (أي غير الأخلاقي أو غير القانوني) وعدم العمل على تغييره (تجاهل الواجـــب) ليس أفضل مـــن ارتكاب عمل غير أخلاقي (ارتـــكاب المحظور). لضوابط الأخلاقيات الإدارية فائدةٌ محدودة، إذ يتفق راين ومديرة المختبر أن ذلك السلوك غير مقبول، والتزاماتهما الأخلاقية واضحةٌ ويجب عليهما تلبية تلك الالتزامات.

بمواجهـــة المتورطين، لا يحقق راين أكثر من إحراجهم قليلاً، وقد يُفصل من عمله. ومـــع ذلك يجب على المديرين -وبإمكانهم- أن يتخذوا أية خطوات متاحة لهم. وعلى المرء أن يشـــكك في النشاطات العامة غير الأخلاقية في كل فرصة وأن يشجع زملاءه على البوح بكل ما يشـــكون فيه أيضاً، فإذا اتفق عددٌ من المديرين على أن ســـلوكاً ما غير أخلاقي فإنهم يصبحون أقوياء باتحادهم وباســـتطاعتهم تطبيق (أو الســـعي إلى تطبيق) سياســـة المزايدة التنافسية لجميع المشتريات بما فيها مستلزمات المختبر، كما أنـــه بإمكانهم أن يطوروا ويقترحوا سياســـةً تعم المنظمة حول المتاجرة الذاتية وســـوء اســـتخدام الســـلطة. باختصار يجب على المديرين اتخاذ كل الخطوات الممكنة لإنهاء الممارسات غير الأخلاقية، وبصفتهم وكلاء أخلاقيين لا يمكنهم أن يغضوا الطرف عن مثل تلك المشكلات، إذ لا يعد تجاهل الواجب خياراً بالنسبة لهم.

سوء استخدام المعلومات الداخلية:

يعرف الأشخاص في المنظمة الذين تتاح لهم معلومات لا تتوفر للجمهور بالداخليين والمطلعين على بواطن الأمور. تنشـــأ المشـــكلات الأخلاقية عندما يستخدم المديرون مثـــل تلك المعلومات بطريقة لا تتوافق مع واجب الوكالة لديهم وهو الالتزام بأن يكونوا محـــل الثقة، من الأمثلة على ذلك أن ينفع الشـــخص نفســـه أو رفاقه. لبعض ســـوء استخدام المعلومات السرية تأثيراتٌ صحيةٌ ويجب تمييزها، مثل التبليغ عن المخالفات الذي يحدث عندما تفشـــل الجهود الداخلية للإصلاح وتتطلب وكالة المدير الأخلاقية

إفصاحاً خارجياً بالمعلومات عن الممارسات التي قد تؤثر في سلامة المرضى والجمهور، إذ تأخذ حماية هؤلاء الأولوية على واجب الولاء نحو المنظمة حتى لو تعرض المدير لعقوبات مدنية أو جنائية.

يحدث أحد مظاهر سوء استخدامات المعلومات السرية الشائعة حينما يستخدم الموظفون (الداخليون) تلك المعلومات ليعقدوا صفقات رابحة في سوق الأسهم. ولم تتأثر منظمات الخدمات الصحية بذلك تاريخياً فعددٌ قليل منها له أسهمٌ يتم تداولها في السوق، إلا أن هذا الوضع بدأ يتغير جذرياً منذ أواخر عام (١٩٦٠م). لا تقلل أنظمة مجلس الأوراق المالية الأمريكي - أو نظرائه على مستوى الولاية - خطورة السلوك غير الأخلاقي المتأصل في سوء استخدام المعلومات الداخلية. مجدداً نجد أن الحدود القانونية هي الحد الأدنى الذي لا يشكل بالضرورة المستوى الملائم للسلوك الأخلاقي.

مجرد شريك.

جين آبرناثي هي المدير التنفيذي لمرفق كبير غير ربحي لرعاية المسنين في المدينة، وهي عضوٌ منتخب في جميع لجان مجلس الإدارة، وبعد إحدى الملتقيات أوصت لجنة مجلس الإدارة للتخطيط أن يصبح التأهيل مبادرةً جديدة مهمة. تدارست لجنة الإنفاق المالي -لعدة أشهر مضت- شراء معدات ترفع بها طاقة المرفق في التأهيل، ويرغب الطبيب مدير مركز التأهيل -الذي يعمل بدوام جزئي- في العمل بالدوام الكامل.

ورثت آبرناثي إثر وفاة عمها منذ عامين ألف سهم في شركة إنكو المحدودة، وتقدم تقريراً سنوياً باستثماراتها وممتلكاتها كجزء من متطلبات سياسة مجلس الإدارة للإفصاح عن تضارب المصالح، وعليها تقديم التقرير التالي خلال ثمانية أشهر. أعلن آخر تقرير سنوي لشركة إنكو أن عشرة ملايين سهم عادي يملكها الجمهور، وتصنع الشركة معدات تأهيل مماثلة لتلك التي قد تشتريها منظمة آبرناثي.

تشمل مسودة تقرير لجنة الإنفاق المالي شراء معدات شركة إنكو، وتكره آبرناثي أن تطلع مجلس الإدارة على معلوماتها الخاصة، وهي مستاءة من ضرورة الإفصاح عن هذه الحالة الخاصة.

تواجه آبرناثي مــن الناحية النظرية، ازدواجية المصالح التي قد تؤدي إلى تضارب المصالح، كما أن هناك احتمالاً بســوء اســتخدام المعلومات الســرية لممارسة المتاجرة الذاتية؛ إذا أوصت آبرناثي بشــراء أجهزة من مصنع تمتلك فيه أسهماً، مع أن مصالح ملكية آبرناثي نائيةٌ جدا، مجرد (٠,٠١٪) من أســهم الشــركة، وبذلك يصبح الكسب الشــخصي من الضآلــة بحيث لا يُحتمل أن تتأثر قرارات آبرناثي بملكيتها للأســهم، وحتى لو تأثرت فلا يُحتمل أن تكسب أي فائدة تذكر. تصبح موضوعية آبرناثي موضع شــك مع تزايد ملكيتها. ولكن يجب عليها أن تفصح عن ملكيتها في شركة إنكو حتى لو ساءها ذلك.

العلاقات مع مجلس الإدارة:

المدير التنفيذي هو وكيل مجلس الإدارة في تحقيق رســالة المنظمة، وهو والمديرون الآخرون والموظفون جميعاً وكلاء أخلاقيون وليسو مجرد أدوات محيدة أخلاقياً.

كما أشــرنا ســابقاً، تتطلب بعض منظمات الخدمات الصحيــة الدينية أن يعتنق المديرون -في الإدارة العليا وفي المســتوى المتوســط- ديانة المنظمة الأم، وهو متطلبٌ تقييــدي؛ إذ تكون لمعتنقي الديــن الواحد آراء مختلفة حول معتقدات متنوعة وشــدة تطبيقهــا. تُبنــى الثقافة المنظمية الفعالة حول المديريــن (والموظفين الآخرين) الذين يدركون ويحتضنون ثقافة المنظمة. تتبنى الفلســفات غير الدينية والحركة الإنسانية المدنية -عامةً- قيماً مماثلةً لتلك التي تتبعها الديانات المنظمة، وتُمارس انتقائية القيم فــي اختيار وتوظيف القــوى العاملة، وفي هذه المرحلة يجــب تحري وتحديد التوافق الأخلاقــي، كما يجــب على المتقدمين للتوظيــف أن يقيِّموا مــدى تطابقهم مع ثقافة المنظمــة خلال المقابلة[١]، يوســع التركيز على المطابقة والانســجام المجال الذي يمكن استقطاب المديرين المقتدرين منه، يفيد مثل ذلك التنوع المنظمة إلى حد كبير.

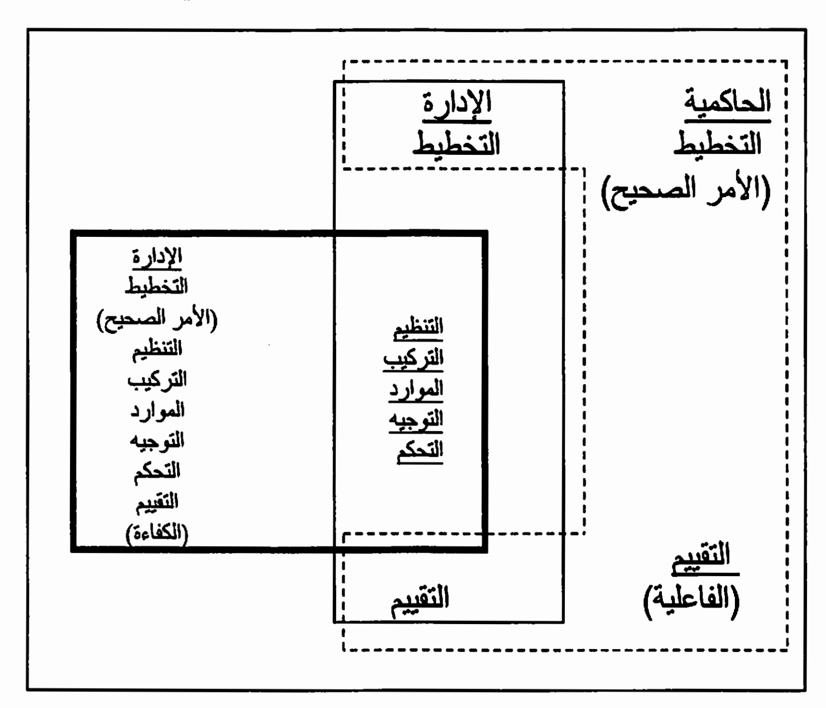
يجب على مجلس الإدارة والمدير التنفيذي والإدارة العليا (الموضحين في الشكل (٦) بمســمى «الإدارة») أن يحددو مجال مسؤلية كل منهم، كما يقترح الشكل (٦) -أيضاً- ضرورة التمييز بين الإدارة العليا والوســطى. ينبغــي للحاكمية والإدارة والمديرين أن يدركوا نشــاطات كل منهم وإلا ســيتدخلون في مجالات بعضهم وما ينتج عن ذلك من تعطيــل وإحباط لأهداف المنظمة. لا يقصد لشــكل ما أن يصور العلاقات والمجالات منعزلة، ولا بد أن يشمل انسياب الأفكار والتواصل. ولكن ينبغي التأكيد على الانفصال والاتحاد في آن معا.

أكد الأوائل من قادة إدارة المستشفيات أن مخاطرة تضارب المصالح عندما يكون المدير التنفيذي أو أعضاء الهيئة الطبية أعضاءً في مجلس الإدارة تفوق بكثير أي منفعة[٢] من ذلك. ولكن البيئة تغيرت تغيراً جذرياً، فيؤكد التوجه الجديد أن الإفصاح عن ازدواجية المصالح أو تضارب المصالح المحتمل يمنع أو يحدّ كثيراً من حدوثهما. في عام (١٩٨٩م) كان (٤٢٪) من مديري المستشفيات التنفيذيين أعضاءً منتخبين في مجالس الإدارة، وهو تزايد من (٣٨٪) في عام (١٩٨٥م)[٣]. وقد وجدت تلك الدراسة أن اثنين من أطباء كل مستشفى - بالمتوسط - كانوا أعضاءً في مجلس إدارته[٤]. استمرت نزعة عضوية كبار الإداريين والهيئة الطبية في مجالس الإدارة، حتى أصبحت عضويتهم تعد ضروريةً منذ (٢٠١١م). تشير الأدلة السردية (لصغر عينة الدراسة) إلى نزعة نحو نسبة أكبر من أعضاء مجلس الإدارة الداخليين (كبار الإداريين الذين توظفهم المنظمة) بالمقارنة مع الأعضاء الخارجيين. يُرغب في الأعضاء الداخليين بسبب خبراتهم العامة وتلك المتعلقة بالمنظمة، إلا أن ازدواجية المصالح هذه تزيد بالضرورة احتمال تضارب المصالح. للحاكمية دورٌ محددٌ ومهم، إذ يراجع مجلس الإدارة ويقيم ويوجه الإدارة العليا وأداءها، ويعمل كحاجز بالإضافة إلى كونه رابطةً بين المنظمة والملاك -في حال المنظمات الربحية- أو المجتمع في حال المنظمات غير الربحية. تندمج أحياناً مهام الحاكمية والإدارة على حساب مصلحة المنظمة، وخاصةً على حساب من تخدمهم المنظمة.

بغض النظر عن عضوية مجلس الإدارة يربط (المدير التنفيذي والإدارة العليا) الحاكميةَ بالمكونات التشغيلية للمنظمة، وباعتبارهم وكلاء لمجلس الإدارة يوفرون له المعلومات والتوصيات التي تصنع بموجبها القرارات العامة، وهذا يمكّن الإدارة العليا من تصفية وتنقية البيانات لكي يظهروا بمظهر حسن أو لكي يخدعوا، كما حدث في حالة مستشفى سيدرز أوف ليبانون (انظر الفصل السادس). القضية الرئيسية هي كم ونوع المعلومات التي يجب أن يتلقاها مجلس الإدارة، ويجب على مجلس الإدارة أن يحدد ذلك. ينبغي أن يقدِّم المدير التنفيذي والإدارة العليا التوصيات ولكن يجب أن يكون أعضاء مجلس الإدارة على ما يكفي من الدراية لمعرفة ما يحتاجون إليه من البيانات وكيف يفسرونها. يعد مستوى المشاركة والخبرة من المشكلات التي تواجه المنظمات التي تكون فيها مشاركة عضوية مجلس الإدارة تطوعية، ومن الحلول الجزئية لتحسين أداء الحاكمية هو تحديد النوعيات والمهارات والمستوى التعليمي الذي ينبغي أن يمتاز به أعضاء مجالس الإدارة في منظمات الرعاية الصحية، ولحث وتنشيط

مثل تلك الجهود تبنى عددٌ من الولايات الترخيص التطوعي لأعضاء لجان الأمناء في المستشفيات ولبعضها متطلباتٌ إلزامية[٥].

من الطبيعي أن يرغب المديرون أن يعد أداؤهم جيداً، وقد تغري الضغوط الخارجية المديريـن للمبالغة في وصـف إنجازاتهم في التقارير التـي يعدونها، إلا أنهم ملزمون بالصدق في تعاملاتهـم مع مجلس الإدارة، وهو واجبٌ أخلاقي ينبثق من فضائل مثل الشـجاعة والموثوقية والصدق والصراحة وصفـاء النية. والخديعة والتضليل تناقض تلك الفضائل، ولا يعني هذا أن يؤكد الموظفون المعلومات السلبية، بل أن يفضلوا إعطاء صـورة واقعية متوازنة مما يعني ضرورة إبلاغ مجلس الإدارة بالمشـكلات بأمانة وفور وقوعها. كما على المديرين التنبه إلى محاولات مرؤوسيهم التقليل من أهمية المشكلات وتخفيف وقعها. ترتبط المصداقية بالتبليغ عن المخالفات والذي نناقشـه في الفصل الثامن. تقلص التقارير الروتينية الموحدة احتمال التلاعب في البيانات والنظام.



الشكل (٦): نموذج لحاكمية وإدارة المستشفى

(منقول من ترسنيز العدد ٣٤ الصفحة ٦ بإذن الناشر. حقوق النشر يونيو ١٩٨١ شركة نشر المستشفى الأمريكي المتحدة).

هل يا ترى يهتمون؟

> عــاد للتو ســتو وايت إلى مكتبه مــن اجتماع مجلس الإدارة الشــهري، ولاحظت مساعدته باربارا جونز انفعاله وسألت «كيف كان؟» فأجاب بوصف مشكلة مجلس الإدارة المزمنة، وهو ما قد سمعته جونز مراراً من قبل، وقال: «أظــن أني لو أخبرتهم أن القمــر مصنوع من الجبنة الخضراء لصدقوا! لا يبدو أنهم يعرفون أو يهتمون لما يحدث في دار رعاية المســنين هذا!» وتابع وايــت بإخبارها كيــف أنه وحده من يفكر من أعضــاء مجلس الإدارة، كما أخبرها بعدم وجود طريقة لإعداد التقارير حتى أنشــأ واحدةً بنفسه، وأكد أن المنظمة محظوظة بوجود إداريين مخلصين وأمناء مثله، لأنه حسب رأيه، كان بإمكان أي شخص آخر أن ينهب أموال المنظمة كما يشاء.

تنتج مشــكلة انسياب المعلومات التي يواجهها وايت من عدم إدراك أعضاء مجلس الإدارة أو عدم رغبتهم بالمشاركة التامة، وفي أن يكونوا مسؤولين عن المنظمة، فهو يعمل مع مجلس إدارة لا يهتم كثيراً بالتفقه في شــئون المنظمة وبالتالي فهو يحدد المعلومات التي يعطيها لهم، وهذه مشكلةٌ شائعة حتى لو لم تكن على نفس مستوى تفاقم المشكلة هنا. لــدى المدير التنفيذي وأعضــاء الإدارة العليا الآخرين معلومــات تفوق ما لدى أعضــاء مجلس الإدارة على الأقل فــي ناحيتين هما: أن المديــر التنفيذي والمديرين خبراء في الخدمات الصحية عامة، ويدركون عن كثب جميع نشاطات وأعمال المنظمة، وتتطلــب علاقة المديرين النيابية أن يوفروا لمجلس الإدارة جميع المعلومات التي يحتاج إليهــا. ويتصرف المديــرون بأخلاقية حينما يوفرون ويفســرون المعلومات التي تمثل المنظمة وتصورها بدقة، وعلى وايت أن يثقف مجلس الإدارة فيما يتعلق بمســؤولياتهم بما في ذلــك المتطلبات القانونية، ثم عليه أن يعينهم علــى تحديد البيانات والتقارير التــي يحتاجون إليها ليتمكنوا من الوفاء بتلك المســؤوليات. يهيئ الفشــل في تغيير بيئة مجلس الإدارة لوضع قد يؤدي إلى نتائج وخيمة للمنظمة، ولكان بإمكان شــخص أقل نزاهةً من وايت أن يعرقل وصول المعلومات الســلبية أو يمنعه تماماً، وبذلك يمنع التدخل في الوقت المناسب ويزيد احتمال ضرر المنظمة[6].

العلاقات مع الهيئة الطبية:

تثير العلاقات فيما بين الأطبــاء والمنظمة ومديريها عدة قضايا أخلاقية، تتواجد ســواءً كانت منظمةً ذات تنظيم مصفوف أو ذات تنظيم وظيفي هرمي تقليدي. يرى

شـــولتز وجونســـون[٧] أن دور المدير التنفيذي قد تطور من مدير تجاري إلى منسق إلى رئيس شـــركة ثم إلى قائد فريق إداري، وهو الدور الســـائد عند هذه الكتابة. بصفته قائـــد فريـــق إداري، فالمدير التنفيذي هو شـــريكٌ مع الأطباء في جهودهم المشـــتركة ليوفـــروا بكفـــاءة أفضل رعاية ممكنـــة. يجعل هذا التطور عقلية «المحاســـب» -لدى مديـــري الخدمـــات الصحية- لا تغدو أكثر من طرفة تاريخيـــة. في علاقات الزمالة يحدد الزملاء المشـــكلات ذات الشأن المشـــترك ويعملون على حلها، وبغض النظر عن دور ودرجة الزمالة، تســـبب واجبات ومسؤوليات المدير التنفيذي سوء تفاهم وتعارضاً مع الأطباء لا يمكن تفاديه.

ولكنه كان ميتاً!

الدكتورة ردي أخصائية أشعة تداخلية وتعمل في مستشفى كميونيتي، وقد كانت عضواً فعالاً ومرموقاً في الهيئة الطبية لأكثر من عشر سنوات. كانت مناوبةً في نهاية الأســـبوع الثاني من شهر مارس عندما أرسلت لها المشرفة على قسم الطوارئ في مستشفى كميونيتي نداءً آليا.

عندما تحدثا، أخبرت الدكتورة ردي أن عليها الحضور بأسرع ما يمكن. صرح المســـؤولون في القسم بالوفاة دماغياً لمريض عمره (٢٥) سنة تعرض لطلق ناري، وأعطت أســـرته الإذن بنقل أعضائه. يلـــزم حضور الدكتورة ردي لتحضيـــر المتوفى للنقل وذلك ببـــدء عملية الإرواء لجثته، الأمر الذي يمكّـــن فريق نقل الأعضاء من الحصول على أعضاء بجودة عالية، وســـيتم نقل الأعضاء في مستشفى يونيفيرسيتي الذي يبعد قرابة ساعة بالطوافة العموديـــة (الهليكوبتـــر)، ولا يمكن البدء في نقل الأعضـــاء إلا بعد عملية الإرواء.

ســـكتت الدكتورة ردي لبضع دقائق، كما لو كانت تتأمل في الخيارات المتاحة لها، كان الصمت مجفلاً بعض الشيء للمشرفة، ولكن ليس بقدر إجابة الدكتورة ردي التي قالت: «تلزم على الأقل ســـاعتان قبل وصولي إليكم، ولا أعتقد أن هناك عجلة في الأمر، فهو ميت أليس كذلك؟»

أذهل الرد المشـــرفة، وبادرت بتذكيـــر الدكتورة ردي أن الوقت المثالي لبدء الإرواء هو خلال ساعة من الوفاة، وأضافت بفظاظة: «كما تعلمين أن الأعضـــاء ســـتتعرض لتلف كبير إذا بـــدأ الإرواء بعد فترة الســـاعة

الحرجة» لم تجب الدكتورة ردي، ولم تسمع المشرفة إلا صوت إغلاق الهاتف،اتصلت المشرفة بعدة نداءات للدكتورة ردي وما من إجابة. وبانفعال اتصلت المشرفة بنائب الرئيس للشئون الطبية.

يُتوقع من المديرين أخلاقياً (وقانونياً) أن يكونوا على دراية وبنوعية الممارسات الإكلينيكية وأن يتدخلوا حسب الحاجة، ويعكس هذا التوقع التزامهم الأخلاقي بحماية ودعم مصالح المرضى. لا يوجد لرفض الدكتورة ردي الحضور إلى المستشفى أي عنصر من عناصر القرار الإكلينيكي؛ بل فشلت في تلبية التزامات المناوبة ويجب أن يؤدي هذا الإهمال الكبير إلى جزاءات تأديبية حسبما تنص عليه أنظمة الهيئة الطبية والقواعد والقوانين. فقد أهملت الدكتورة ردي واجبها بالحفاظ على الوعد وفضائل مثل الموثوقية، إضافةً إلى ذلك فقد انتُهك مبدآن هما الإحسان وعدم الإضرار لمن كان قد يستفيد من نقل وزراعة الأعضاء.

رغم أن المديرين غير مؤهلين للحكم على نوعية الممارسة الإكلينيكية، إلا أنهم يفعلون ذلك من خلال مشورة الخبراء المؤهلين. وتماثل هذه الحالة حالة المدير المسؤول عن الصيدلية أو التغذية، فهنا أيضاً يعتمد المدير على الخبرة التقنية لتقييم الأداء وصنع القرارات. يستجيب بعض الأطباء سلبياً لأدنى إشارة في مثل هذا العمل، الذي يرون أنه تدخل في صنع القرار الإكلينيكي، بل في واقع الأمر فإن التدخل الإداري يخدم أيضاً مصالح الأطباء لأنه يساعد على ضمان ممارسة أفضل نوعية ممكنة من العمل الطبي، وتشير الأدلة السردية إلى أن أكثر الأطباء تأهيلاً هم أقلهم تذمراً من مراجعة ومراقبة عملهم وممارستهم. ولا بد من تأكيد أن المدير لا يقيِّم جودة الرعاية مباشرةً؛ ولكن فقط بالتعاون مع المؤهلين إكلينيكياً لعمل ذلك. تنشأ مصالح مختلفة بل ربما تضاربت المصالح لأنه على المديرين العمل على تكوين علاقات منسجمة مع الأطباء مع ضمان سلامة المرضى في آن معاً، وكوسطاء أخلاقيين يتوقع من الأطباء تحقيق مبادئ احترام الأشخاص والإحسان وعدم الإضرار إضافةً إلى فضائل الشجاعة والرحمة والاكتراث، إلا أن الإهمال يحدث أحياناً.

على المدير أن يكون متيقظاً لاحتياجات ونشاطات الأطباء لأنهم جوهريون لرعاية المرضى، فخدماتهم الإكلينيكية للمرضى والعلاقات معهم هي سبب وجود المنظمة أساساً. وتنتج الخلافات مع الهيئة الطبية من تنفيذ لوائح الهيئة الطبية وأنظمتها ومن قرارات تحصيص الموارد والعلاقات بين الأطباء والموظفين. ومن المسؤوليات الأخرى المهمة للإدارة العليا هي مساعدة الهيئة الطبية في تحديث لوائحها وأنظمتها

وقوانينها وفي المساعدة في تنفيذ اشتراطاتها الإدارية، ويحدث أحد الأمثلة النمطية على تلك المسؤولية عندما يطبق مدير المستشفى التنفيذي أو المدير الطبي لوائح الهيئة الطبية وأنظمتها لمنع أحد الأطباء من تنويم المرضى، ويحدث هذا غالباً بسبب التأخر في إكمال بيانات الملفات الطبية، وبغياب الظروف الصعبة التي تبرر منع الطبيب من تنويم المرضى فإن التطبيقات الجزائية تستخدم إجراءات مقننة ولا تُنفذ من طرف واحد. بسبب واجب الاستقلالية تجاه المرضى، لا يمكن للمديرين تجاهل المشكلات الإكلينيكية تماماً وعلى المديرين الإكلينيكيين وغير الإكلينيكيين العمل حسب الاحتياج القائم وأحياناً تحدث أخطاءٌ لا يمكن تلافيها.

عفواً، المعذرة!

الدكتور (م) تخرج من كلية طب أجنبية (من خارج الولايات المتحدة الأمريكية، غالباً من المكسيك أو أمريكا الجنوبية) وهو أخصائي أمراض قلب ناجح (في مستشفى كبير في منتصف غرب البلاد) لأكثر من عشرين عاماً، يتسرب أحياناً بعض الإشاعات عن معاقرة الدكتور (م) للخمر وسلوكه الهدام، إلا أنه وحتى شهر مضى كان التقرير الرسمي الوحيد الذي تلقته إدارة التمريض من ممرضة مسجلة، أفادت فيه أن الدكتور تعرض لها بالسباب وأحرجها أمام أحد المرضى وأسرته. تلقت إدارة التمريض مؤخراً بلاغين عن حادثين أحدهما شفوي والآخر كتابي، أفاد كلاهما أن الدكتور(م) كانت تفوح منه رائحة الخمر ويبدو عليه الاختلال البدني والتلعثم اللفظي. أرسلت المعلومات إلى المدير الطبي الدكتور (ج) وهو من موظفي المستشفى وأحد أعضاء الإدارة.

دعا الدكتور (ج) إلى عقد اجتماع طارئ للجنة الهيئة الطبية التنفيذية، والذي لم تتمكن رئيسة مديري التشغيل من حضوره بسبب حضورها اجتماع مهني خارج المدينة. بعد مناقشة المعلومات -ولكن بدون تحقيق رسمي- وافقت اللجنة مباشرةً على إلغاء امتياز الدكتور (م) بتنويم المرضى في المستشفى، وأُرسلت له رسالةٌ مسجلةٌ تفيده بالقرار وأسبابه، وطُلب من أخصائي آخر لأمراض القلب أن يتولى رعاية مرضى الدكتور (م) المنومين. عند عودة رئيسة مديري التشغيل بعد أسبوع دُهشت لرؤيتها الرسالة التي تلغي امتياز الدكتور (م) بتنويم المرضى

بالمستشفى، وأدركت -مباشــرةً- أنه كان ينبغي إيقاف عمل الدكتور (م) مؤقتاً، لا فصله نهائياً وذلك حتى يتم إجراء تحقيق في مشكلته.

غضب الدكتور (م) من ذلك الإجراء ووظف محامياً لتولي قضيته مع المستشــفى، فقام المستشفى بسحب رســالة إلغاء الامتياز بعد أسبوعين من إرســالها وأعيــد الدكتور (م) إلى مواصلة تنــويم المرضى ورعايتهم بالمستشــفى، بانتظار إجراء تحقيق كامل. إلا أن ذلك لم يُرض الدكتور (م) ولــم يهــدأ، بل رفع قضيــةً على أعضــاء اللجنــة التنفيذية وعلى المستشفى يدعي فيها انتهاكات لنظم منع الاحتكار، والتشهير، والتدخل المضر بعلاقاته المهنية.

أخطأ الدكتور (ج) في إلغاء امتياز الدكتور (م)، فقد كان التوقيف بانتظار التحقيق هــو الإجــراء التأديبي الملائم. لقد تصرف الدكتــور (ج) لحماية المرضى، وفي المقام الثانــي، أراد حماية الموظفين، وكلا العملين صواب من الناحية الأخلاقية، ولكن أخطأ باختيــاره إجراءً تأديبياً قاســياً. لقــد كان هذا الخطأ مكلِّفاً للمستشــفى من حيث الضجة، واللغط العام، والإحراج الذي تعرض له، وكذلك من حيث التكاليف القضائية، وإزعاج وإرباك الهيئة الطبية، وسوء النية الذي تغلغل في بيئة المستشفى.

فشــل المستشــفى في إعداد الدكتور (ج) بما يكفي لأداء واجباته، إضافةً إلى ذلك ينبغي أن تشمل لوائح وأنظمة وقوانين الهيئة الطبية إجراءً مستعجلاً لمراجعة الأفعال التي لا يكون فيها أذى المرضى وشيكاً، ولكن المستقبل يخفي مخاطر أعظم للمستشفى، لأن المديرين وأعضاء الهيئة الطبية قد يترددون في التصرف في حالات مشابهة لتلك، حتى لو كانت الوقائع والحقائق أكثر وضوحاً، لخشــيتهم ارتكاب خطأ ما، وعمل ما لا ينبغــي لهم عمله. لو لم تتخذ اللجنة التنفيذية الإجراء الذي اتخذته، وتعرض مريضٌ للأذى بســبب قصور أداء الدكتور (م) لكانت الضجة العامة والاستنكار أكبر، والدرس الذي يجب أن يتعلمه المستشفى من ذلك هو ضرورة إعداد كل من يشغل منصباً إدارياً للقيام بمهام عملهم وواجباتهم على أكمل وجه.

يتضــح أن حق الدكتور (م) فــي الإجراءات القانونية العادلــة (due process) قد انتُهك، وغضبه وامتعاضه مبرر، ولكن لا يتضح فعلاً أنه تعرض لأذىً مهني أو اقتصادي يذكــر، فقد نُقض فصله من العمل بعد فرضه مباشــرةً. حتى لو أن اللجنة التنفيذية اتخــذت الإجراء التأديبي المناســب لأوقف عن تنويم المرضى حتــى انتهاء التحقيق،

وبغض النظر عما حدث فقد عومل الدكتور (م) بإجحاف، واكتسب تعاطفاً من زملائه الأطباء وموظفين آخرين (ربما بلا استحقاق). هذا سيجعل أي إجراء تأديبي ضده في المستقبل -إن لزم الأمر- أكثر صعوبة.

العلاقات مع الموظفين من غير الأطباء:

مثل غيرهم من الموظفين في الأنواع الأخرى من المنظمات، يسعى مهنيو الخدمات الصحية نحو أهداف وطموحات ومصالح متعددة. وعملهم في المنظمة هو من التركيزات الأساسية في حياتهم، إلا أن التوافق بين الأهداف والطموحات الشخصية وأهداف وتوجهات المنظمة قد لا يكون بالكامل، فقد أشار الفصل السادس أنه على الموظفين إدراك أنهم يشتركون والمنظمة في المبادئ الجوهرية ذاتها، ألا وهي العمل على مصلحة المريض. لابد أن ينعكس هذا التوجه على الأفعال، لا في فلسفة وسياسات المنظمة المكتوبة فقط. إذا أدرك الأطباء والموظفون أن المنظمة تضع قيمةً أكبر على الأداء -عدا الذي يعكس التفاعلات الأخلاقية مع المرضى (مثل رفع دخل المستشفى)- فلا يمكن تحقيق مبادئ احترام الأشخاص والإحسان وعدم الإضرار، ولأن المنظمة لا يمكنها أن تعمل إلا من خلال موظفيها تصبح تلك الهفوة خطيرة، وإذا خشي الموظفون أن تدخُّلَهم -لأجل مصلحة المريض- يعرض علاقاتهم مع زملائهم والمنظمة للخطر، سوف يتجنبون عمل ما يجب عليهم عمله.

الممرضة غير المتعاونة.

سالي هنسن ممرضة مسجلة، ولديها خبرة عشر سنوات وتعمل بالليل، في بداية مناوبتها لاحظت أن قسطرةً بوليةً قد طلبت لمريض ذكر يعاني من احتباس بولي حاد بعد عملية جراحية. باتباع الإجراءات المعتمدة اتصلت عبر جهاز النداء الآلي بالطبيب المقيم المناوب، ظهر لها طالبٌ في السنة الأولى وأفادها أنه سيقوم بإدخال القسطرة، فرافقته هانسن إلى سرير المريض وراقبته فيما هو يخرج القسطرة من علبتها، ثم أخذ ينظر إلى العلبة باحثاً -كما يبدو- عن التعليمات ولكنه لم يجد شيئاً. بدأ الطبيب المقيم في إدخال القسطرة في قضيب المريض؛ ولكنه فشل في ذلك، وكان جلياً أنه يجهل تماماً ما عليه عمله، وأن المريض كان يعاني من الألم الشديد.

التفت الطبيب إلى الممرضة طالباً المساعدة ولكن هانسن رفضت قائلةً أن إدخال القسطرة كان مهمة طبيب مقيم مؤهل وأضافت: «حقاً لا يجب عليك أن تحاول عمل شيء لا تعرف كيف تقوم به» كما أنها ذكَّرت الطبيب أيضاً بسياسة المستشفى التي تحظر على الممرضات الإناث أداء بعض الإجراءات الخصوصية للمرضى الذكور، فصرخ الطبيب بهانسن واندفع خارج الغرفة، فاتصلت هانسن بواسطة النداء الآلي برئيس الأطباء المقيمين، الذي أدخل القسطرة للمريض ولكنه لم يقل شيئاً عندما قصّت له ما حدث مع الطبيب قليل التجربة.

في اليوم التالي استيقظت هانسن في منزلها على مكالمة من نائبة رئيس التمريض؛ التي قالت لهانسن أن الطبيب المقيم الغر قد رفع شكوى رسمية يتهمها فيها بالعصيان والتمرد، وقد أصر على تصعيد الموضوع مع إدارة التمريض ورئيس قسمه، وقالت لها نائبة رئيس التمريض إنها غير متأكدة من تبعات الموضوع.

ما هو دور هانسن المناسب في هذا الموضوع؟ وأين حدود واجباتها؟ من الواضح أنها قد قامت بواجباتها هي نحو المريض وقد فعلت ما كان عليها فعله. حتى لو كانت تجيد إدخال القسطرة فهي مقيدةٌ بسياسات المستشفى التي تمنعها من ذلك. بمنع الطبيب المقيم من الاستمرار في محاولة أداء إجراء لا يجيده، فقد حمت هانسن المريض من الألم والإصابة المحتملة، وسيقضي التوبيخ من إدارة التمريض على رغبتها في التدخل لصالح المرضى وحمايتهم في المستقبل، بل على المستشفى أن يشجع وينمي القيام بالعمل الملائم من قبل جميع الموظفين ضمن جهود القائمين عليه نحو تقديم رعاية عالية الجودة وحماية المرضى. لا يدخل التعليم في هذه القضية، فلم يكن الطبيب المقيم مؤهلاً لأداء الإجراء، وهذا قصورٌ في التعليم لا في التمريض، وهو قصورٌ يجب معالجته مع مدير التعليم والتدريب في المستشفى.

هناك قضايا أخرى في هذه الحالة، منها دور الممرضات التقليدي التابع، النابع جزئياً من التمييز الجنسي (السلوك الذي يقوم على أساس الأدوار الجنسية النمطية بين الذكور والإناث) في المجتمع، إلا أن العلاقات السيئة بين الأطباء والممرضات لا تنشأ من التمييز الجنسي فقط، إذ تشير الأدلة السردية إلى وجود تلك المشكلة حتى بدونه (مثل المشكلة القائمة بين الأطباء الذكور والممرضين الذكور، وبين الطبيبات والممرضات). القضية الثانية هي أن طبيباً مقيما حاول أداء إجراء أعلى من تأهيله،

فكان يجب عليه طلب المساعدة من طبيب أعلى منه درجة، ولكن هنا أيضاً قد أدى التبجح والغرور وثقافة التعليم الطبي إلى امتناعه عن طلب المساعدة. القضية الثالثة هي عدم وضوح حدود نشاطات الأطباء المقيمين الإكلينيكية، وفي هذا الصدد ربما تحتاج إجراءات برامج التعليم الطبي واحتياطات السلامة فيها إلى إعادة النظر والمراجعة. تتطلب ضوابط الاتحاد الأمريكي للممرضات عمل هانسون وهو: « بصفتها ممثل للمريض يجب على الممرضة اليقظة والحذر واتخاذ الإجراء الملائم فيما يتعلق بممارسات غير مقتدرة، أو غير أخلاقية، أو غير قانونية من طرف أي عضو من أعضاء فريق الرعاية الصحية، أو نظام الرعاية الصحية.»[8] يتضمن هذا التصريح مسؤولية الممرضة عن سلوكها كممرضة، وهذا من أخلاقيات المهنة، لا مجرد المسؤولية من خلال الهرم الوظيفي في المنظمة.

يجب على المنظمة دعم موظفيها بالالتزام المطلق الذي يشجعهم على التدخل عند تعرض المريض للخطر، ويجب نشر هذه السياسة وتنفيذها، قد يدفع التدخل في مثل تلك الحالات بالبعض إلى اتهام مقدمي الرعاية بالتجسس على بعضهم البعض، وهذه تهمةٌ لا أساس لها من الصحة لأن التجسس عملٌ سلبي بغيض لا مكان له في الخدمات الصحية، والتركيز هنا هو على جهود تعم المنظمة بأكملها -بل هي من الأخلاقيات- لحماية وخدمة المرضى. لو تمكن مقدمو الرعاية من تقليص مداخلة غرورهم في إجراءات الرعاية وركزوا جل اهتمامهم على تلك الأهداف لانخفضت هذه المشكلة أو اختفت تماماً.

تجاهل المشكلات لا يحلها، وهذه المقولة تنطبق تماماً إذا تعرض المرضى للخطورة. كما بينت الفضائح السياسية ووترقيت (١٩٧٠م) وكلينتون مع لوينسكي (١٩٩٠م)، بالإمكان تجاهل المشكلات أو تغطيتها لبعض الوقت ولكنها في نهاية المطاف تطفو إلى السطح وتظهر للعيان. يستجيب الجمهور لمثل ذلك الكشف بافتراض أن العاملين في المنظمة كانوا على علم بما يجري ولم يفعلوا شيئاً حياله، ويتساءل كيف يمكن أن تحدث أمورٌ كهذه أو يسمح لها أن تستمر؟ بالإضافة إلى الأدلة الأخلاقية باحترام الأشخاص وفضيلة الاستقامة في جميع التعاملات فإن احتمال الاكتشاف هو سببٌ منفعي لتمييز وحل مثل تلك المشكلات في وقت مبكر.

تثير الأمراض المعدية المميتة والظروف الأخرى مرتفعة الخطورة قضايا خاصة في العلاقة بين المنظمة والموظفين، فيلتزم كلا الطرفين أخلاقياً بحماية المرضى ورعاية مصالحهم. ولا يمكن للمنظمة أخلاقياً مثلاً أن تبرر تعريض الموظفين الإكلينيكيين

-من خلال مديريها- للخطر، بأن تقصّر في تدريبهم وإعدادهم جيداً، ويجب أن تدفع جميــع المواقف -التي يحتمل فيها الخطــورة- المديرين إلى توخي حماية الموظفين من التعرض غير الضروري للخطورة والســعي إلى ذلك، ولو فشــلوا في ذلك فلن تتمكن المنظمة مــن الوفاء بالتزاماتها الأخلاقية نحوهؤلاء الموظفــين، و لن يتمكن الموظفون بدورهــم من الوفاء بالتزاماتهم الأخلاقية نحو المرضــى. نناقش أدناه المثال النمطي لفيــروس نقص المناعة البشــري أو متلازمة نقص المناعة المكتســب وأمراض معدية مميتة أخرى، ثم نوليها نقاشاً متوسعاً في الفصل الثامن.

فيــروس نقص المناعة البشــري/متلازمة نقــص المناعة المكتســب وأمراض معدية خطيرة أخرى:

منذ اكتشافه في أوائل الثمانينات من القرن الماضي، اتضح أن فيروس نقص المناعة البشري الذي يؤدي إلى الإصابة بمتلازمة نقص المناعة المكتسب (الأيدز) خصمٌ محير ومراوغ ويتعذر الإلمام به. ويســتمر انتشــاره مع أنه تباطأ بعض الشــيء منذ أواخر الثمانينات، وثبت خطأ كل التنبؤات المتشــائمة بانتشــار وبائي شــامل يعم التجمعات الســكانية، وتلك المتفائلة التي استشعرت القضاء التام عليه. حدثت اكتشافات وتقدم علمي في فهم ذلك الفيروس ومعالجة مرض الأيدز، ولكن بخلاف التلقيح ضد مرض التهاب الكبد الوبائــي (أ) و التهاب الكبد الوبائي (ب) لا يوجد لفيروس نقص المناعة لقاح يمنع العدوى به، ولا علاج عند الإصابة به، وقد تم عزل سلالة ثانية من الفيروس فــي أواخر الثمانينات، كما دخلت ســلالة جديدة إلى الولايــات الأمريكية قادمة من أفريقيــا في صيف عام (١٩٩٦م)، ويحتمل ظهور ســلالات أخرى. يؤخر العمل على لقاح ضد الفيروس إدراك أن تحوله الســريع يجعل تطوير لقاح طويل الفاعلية صعب جداً إن لم يكن محالاً. حتى لو تم تطوير لقاح ناجع، يلزم عدة ســنوات من الفحوص والتجــارب الإكلينيكيــة قبل أن يصبح في المتناول، وفي هــذه الأثناء أصبحت الوقاية والتثقيف بهذا الوباء غير مسبوقة في الصحة العامة الحديثة.

قدرت منظمة الصحة العالمية في عام (٢٠٠٨م) أن (٣٣,٤) مليون شخص يعيشون في العالم بفيروس نقص المناعة[٩]، وكان عدد الأشــخاص الذين يعيشون بالفيروس في الولايات المتحدة عام (٢٠٠٦م) (١,١) مليون شخص[١٠]، وبالمقارنة يوجد تقريباً (٣,٢) مليون شــخص مصاب بالتهاب الكبد الوبائي، وهو أكثر الأمراض المعدية المزمنة التي تنتقل بواســطة الدم انتشــاراً في الولايات المتحدة[١١]. أخذ المصابون بالأيدز يعيشون

فترات أطـول من ذي قبل نتيجة التدبر الطبي الفعال باسـتخدام مزيج من العقاقير وممارسة أسـلوب حياة صحي، بما في ذلك التغذية واحتياطات الوقاية التي تخفض خطـورة تكرار العدوى، قد ينتـج عن ذلك أن يصبح الأيدز مرضاً مزمناً بدلاً من كونه مرضاً حاداً، ولهذا التطور مضامين مهمة لمنظمات الخدمات الصحية.

الجوانب القانونية لفيروس نقص المناعة البشري/ متلازمة نقص المناعة المكتسب:

من الناحية القانونية يرهب فيروس نقص المناعة ومرض الأيدز منظمات الخدمات الصحية، إذ أصبح عدد الدعاوى القضائية المتعلقة بمرض الأيدز بحلول عام (١٩٩٠م) أكبر عدد يعزى لأي مرض في تاريخ القضاء الأمريكي[١٢].

من القضايا القانونية المهمة المرتبطة -بفيروس نقص المناعة الأيدز- قضية السرية، وتشمل أبعاد تلك القضية أموراً مثل اسم المريض وملفاته، والتبليغ عن عدوى الفيروس والواجـب بتحذير أطـراف ثالثة. الحماية القانونية ضد خرق السـرية الطبية ثابتة ومتأصلـة، فقد دفع وباء الأيدز بالولايات إلى تبني قوانين تحمي سـرية وخصوصية المصابـين أو مـن يُظن أنهم مصابـون بالفيروس[١٣]. مثل الأمـراض المعدية الخطيرة الأخرى، جعلت جميع الولايات الأيدز مرضاً يسـتدعي التبليغ عنه، حتى أصبح اقتفاء الملامسـين -وهو من أدوار وزارات الصحة المهمة تاريخياً- يطبق متأخراً عما ينبغي على عدوى الفيروس كإجراء فعال للحد من انتشاره. تدعم الجمعية الطبية الأمريكية فحص الأطباء والعاملين في الرعايـة الصحية للفيروس في المواقف الملائمة، ولكنها تعـارض الفحص الإلزامي لحصول الطبيب على امتياز تنويم المرضى في المستشـفى وتحـث الأطباء على تحديد وضعهم فيما يتعلق بفيـروس نقص المناعة طواعيةً أو أن يتصرفوا كما لو كان فحص المصل إيجابياً لديهم[١٤].

البعـد القانوني الثاني، وهو مجال واسـع للتقاضي، ينتج مـن الخطورة الخاصة الكامنة عندما يعمل الموظفون مع مرضى الأيدز، إذ يتطلب قانون السـلامة الوظيفية والصحـة الصادر عـام (١٩٧٠م) (OSHA) أن يوفر أرباب العمـل مكاناً للعمل يخلو من المخاطر المعروفة التي تسـبب أو يحتمل أن تسبب الموت أو الأذى البدني الخطير، ويستدعي القانون نفسه أيضاً اتباع احترازات الدم ومواد الجسم الشاملة.

والثالث هـو الاعتبارات القانونية للخطورة التي يتعـرض لها (الموظفون والمرضى الآخـرون) من المرضـى المصابين بعدوى فيـروس نقص المناعة البشـري والأمراض الانتهازيـة التـي تظهر فيما تتحول عـدوى الفيروس إلى مرض الأيـدز الكامل. في

سـعيها لحماية المرضى والموظفين يجب على منظمـات الخدمات الصحية أن تجتنب التمييز ضد الأشـخاص المصابين بعدوى الفيروس أو مـرض الأيدز، الذين يصنفهم القانـون أنهم يعانون من عجـز. عزز قانون الأمريكان الذين يعانون من عجز الصادر عـام (١٩٩٠م) (Americans with Disabilities Act of 1990 PL 101- 336) حـق الحصول على مسـاكن عامة للذين يعانون من عجز[١٥]، ويحمي هذا القانون الأشخاص الذيـن أصيبوا بعدوى فيـروس نقص المناعة، أو بمرض الأيدز من التمييز ضدهم في أماكن السـكن العام التي تشـمل المكاتب المهنية. لا يستطيع الأطباء أو أطباء الأسنان رفض علاج مريض يشكو من الأيدز إلا تحت ظروف محدودة كأن يكون العلاج اللازم خارج اختصاص الطبيب أو خبراته[١٦].

خطـورة انتقال العـدوى للموظفين والمرضى من الموظفـين المصابين بالعدوى هي البعد القانوني الرابع، إذ تخضع منظمات الخدمات الصحية للتقسيم (٥٠٤) من قانون التأهيـل الصادر عام (١٩٧٣م) (القانون العام ٩٣-١١٢)، الذي يحظر التمييز ضد أي موظف كفؤ يعانـي من عجز، وقد عزز قانون (الأمريكان الذين يعانون من عجز) تلك الحماية، التي تستدعي أن يوفر أرباب العمل أماكن إقامة مقبولة للموظفين العاجزين. لكي يثبت انتهاك أي من هذين التشريعين (التقسيم (٥٠٤) من قانون التأهيل والجزء الثانـي مـن قانون الأمريكان الذين يعانـون من عجز) على المدعـي أن يثبت ما يلي: ١) أن لديه عجز، ٢) أنه باسـتثناء ذلك العجز أهلٌ للوظيفة أو الاسـتحقاق المطروح، ٣) أنه استثني من الوظيفة أو الاستحقاق بسبب التمييز على أساس العجز فقط. أما بالنسبة للمطلب الثاني فلا يعد الأشخاص أهلاً إذا كانوا يمثلون خطورةً كبيرةً - على صحة أو سلامة الآخرين بسبب عجز - لا يمكن استبعادها بتوفير السكن المقبول[١٧].

ناقشـت محكمة الولايـات المتحدة العليا في عـام (١٩٨٧م) قضيةً مماثلةً لقضية الموظف الذي ثبتت إصابته بفيـروس نقص المناعة، ففي قضية مجلس تعليم مقاطعة ناسـاو بولاية فلوريدا ضد آرلاين[١٨]، وهو مدرسٌ تكررت إصابته بمرض السـل وفُصل بسـبب المخاطر الصحية التي يعرض الطلاب لها، وعدَّت المحكمة مرض السل عجزاً يحميه التقسـيم (٥٠٤) من قانون التأهيل وطورت فحصاً من أربعة أجزاء: ١) طبيعة الخطـورة (كيفية انتقال المـرض)، ٢) فترة الخطورة (ما هي الفتـرة التي يكون فيها الحامـل للمرض معدياً)، ٣) حدة الخطـورة (الأذى المحتمل لطرف ثالث)، ٤) احتمال انتقـال المرض. لم تناقش المحكمة العليـا حالة فيروس نقص المناعة أو مرض الأيدز من قبل.

تناولت الدعاوى التي تتقاضى ما إذا كان موظفو الخدمات الصحية المصابون بالفيروس «مؤهلين باستثناء إصابتهم» - في ظل قانون الأمريكان الذين يعانون من إعاقات - خطورة الأذى المحتملة للمرضى، حتى حينما يكون ذلك الأذى ضئيلاً، فقد وجد أن مصاباً بعدوى الفيروس ويعمل طباخاً في دار للمسنين «مؤهلٌ» باستثناء إصابته بالعدوى، فقد أظهرت الأدلة الطبية أن فيروس نقص المناعة لا ينتقل من خلال إعداد وتقديم الطعام والشراب، وأن وضع الطباخ الفيروسي لم يقيد أداء عمله[١٩]. وعلى النقيض من ذلك، لم تحم القوانين فني جراحة مصاب بالفيروس ويساعد في إجراءات جراحية باضعة (اجتياحية) معرضة للعدوى، فقد حكمت المحكمة أن وضعه الفيروسي يستبعده من العمل كفني جراحة وأنه لم يكن عدا تلك العدوى أهلاً لأداء عمله، وبينت الأدلة أن واجباته تستدعي أحياناً أن يضع يديه على البضع الجراحي وبداخله وأن ذلك يعرضه لخطورة الوخز بالإبر والجروح البسيطة، كما بينت شهادة الخبراء أن احتمال خطر نقل الفيروس إلى المريض ضئيل جداً، ومع ذلك طبقت المحكمة فحص الأجزاء الأربعة الذي أقرته المحكمة العليا في قضية آرلاين واتفقت مع المستشفى المُدعى عليه بوجود إمكانية حقيقية لانتقال الفيروس ولأن تبعات العدوى هي الموت، فإن طبيعة وفترة وحدة الخطورة، فاقت ضآلة احتمال العدوى[٢٠] وتغلبت عليها.

تشير نظرية «واجب التحذير» القانونية (duty to warn) إلى الدرجة التي يكون فيها مقدمو الرعاية (ومن المرجح المنظمات أيضاً) ملزمين قانونياً بحماية طرف ثالث معرض مباشرةً للخطر، فقد أكدت دعوى (تارا سوف ضد مجلس ولاية كاليفورنيا)[٢١] (Tarasoff v. Regents of the state of California) أنه على المعالج النفساني الذي يعتقد أن مريضاً يشكل خطراً على طرف ثالث، أن يحذر الشخص المعرض للخطر، وتحصر المحكمة العليا في الولايات التي تبنت قرار قضية تاراسوف واجب التحذير على الطرف الثالث الذي يمكن تحديده وهو عرضةٌ لأذىً حقيقي أو محتمل[٢٢].

حماية الموظفين من فيروسات التهاب الكبد الوبائي (بي) و(سي) ونقص المناعة البشري:

الافتراض الأخلاقي الضمني هو أنه على منظمات الخدمات الصحية أن تستجيب للأمراض المعدية الخطيرة بعمل كل ما في وسعها لحماية الموظفين، وتدعم ذلك فضيلة الإخلاص (الأمانة والولاء) ومبدأ عدم الإضرار. من خلال مديريها يجب على المنظمة توفير مكان آمن للعمل، ويدعم مبدأ الاختلاف لرولز (إمكانية منح

منافــع خاصة لمجموعات صغيــرة إذا كان ذلك في مصلحة أقــل الناس منفعة) هذا الواجــب، كما تدعمه نظرية النفعيــة (أكبر قدر من الخير لأكبر عدد من الناس)، فلا يمكــن الحفاظ على قوىً عاملــة فعالة إلا في ظروف عمل آمنــة، بعد تحديد وجود أولوية أخلاقية بعدم تعريض الموظفين للمخاطر غير الضرورية، على منظمة الخدمات الصحية إيجاد بيئة تتوافق مع الالتزام بتوفير خدمات للمجتمع ومعالجة الأشــخاص المصابين بأمراض معدية مثل التهاب الكبد الوبائي (بي) و(سي) وفيروس نقص المناعة البشري، والحفاظ عليها.

مع وجود فيروس نقص المناعة في جميع مواد جســم المصاب، إلا أنه لا ينتقل إلا بالاتصال الجنســي أو المخالطة الحميمية (intimate contact) لمواد الجسم وبخاصة الــدم. ورغم انخفاض الخطــورة التي يتعرض لها العاملون في الخدمات الصحية إلا أن تبعات الأمــراض المعدية الخطيرة مثل التهاب الكبد الوبائي والأيدز تجعل العدوى من أهم ما يقلقهم ويثير قلق القائمين على المنظمة، ويجب استخدام أدلة الاحتياطات الشــاملة لمراكز ضبط الأمــراض والوقاية منها وإدارة الســلامة المهنية والصحة، في جميع منظمات الخدمات الصحية.

يتــردد بعض الأطباء والموظفــون في معالجة المصابين بالأيــدز أو يرفضون ذلك، مما دفع بمجلس الهيئة الطبية الأمريكية للشــئون الأخلاقيــة والقانونية إلى إصدار تصريــح في عــام (١٩٨٧م) بأن الأطباء يتصرفــون بطريقة لا أخلاقيــة إذا رفضوا معالجة المصابين بالأيدز والذين تقــع حالاتهم الطبية ضمن حدود تخصص وخبرات أولئك الأطباء، وتستمر باتخاذ هذا الموقف[٢٣]. في منتصف عام (١٩٨٧م) أعلن اتحاد المستشــفيات الأمريكي توصياته حول التدبير الإكلينيكــي لمرضى الأيدز[٢٤]، ولم تتغير حتــى الآن[٢٥] وتتوافــق هذه التوصيات مع أدلة مراكز ضبــط الأمراض وتنص على أن الاحتياطات الشاملة للدم ومواد الجسم هي أفضل حماية لمقدمي الرعاية، وتتطلب أن تعد دماء ومواد أجسام جميع المرضى خطيرةً، وأن يكون جميع المرضى خاضعين لأدلة ضبط العدوى، التي صدرت أصلاً لالتهاب الكبد الوبائي وفيروس نقص المناعة. وهذا يعني ضرورة استخدام العزل واحتياطات المخاطر البيولوجية على جميع المرضى بغض النظر عن درجة العدوى، كما يجب على العاملين في الرعاية الصحية حماية أنفســهم من مخالطة الدم ومواد الجســم والمرضى. في ظل أدلة مراكز ضبط المرض النافذة منذ (١٩٨٧م) يجب على المستشــفيات تقرير ما إذا كانت صفات مرضاهم تســتدعي فحص جميع المنومين لفيروس نقص المناعة.

كان امتثـال الموظفين لمتطلبات الاحتياطات الشـاملة -ولا يزال- مشـكلةً وتحدياً لمديري الخدمات الصحية[٣٦،٣٧] فبالإضافة إلى استخدام الاحتياطات الشاملة المستمر، يشـكل التخلص المناسـب من المواد الملوثة بما فيها الإبر مشكلةً أيضاً[٣٨]. لا يمكن أن يكون التعليم المدعوم إلا جزءاً صغيراً من الحل، فلا يمكن أن يجهل أي مقدم للرعاية مخاطـر التهاب الكبد الوبائـي أو نقص المناعة وأهمية الاحتياطات الشـاملة، وعلى الإدارة أن تحـدد وتصحـح معوقات البنيـة والإجراءات التي تقلل مـن رغبة أو قدرة الموظفين للامتثال للاحتياطات الشاملة.

أكدت مراكز ضبط الأمراض في عام (١٩٨٧م) أن ثلاثةً من موظفي المستشـفيات أصيبـوا بعدوى فيروس نقـص المناعة بعد تعرضهم أثنـاء أداء مهمات مهنهم للدماء الملوثـة، فقد تم توثيق المجازفة التـي يتعرض لها العاملون بالرعايـة الصحية الذين يعملون مع مرضـى مصابين بعدوى نقص المناعة، وتم تأكيد (٥٧) حالة انتقال عدوى الفيروس، نتجت جميعها تقريباً عن التعرض للدماء الملوثة بالفيروس[٢٩] من خلال جرح أو وخز بالجلد، كما قدرت ثلاث دراسـات واسـعة المجال في أواخـر الثمانينات من القرن الماضي خطورة الإصابة بفيروس نقص المناعة بعد الوخز العرضي بإبرة ملوثة، بحوالي (١ في ٢٥٠)[٣٠]، إلا أن التقديرات الحديثة أقل من ذلك إذ وجدت أن متوسـط خطـر انتقال العدوى بعد التعـرض من خلال الجلد للدم الملـوث بالفيروس بحوالي (٠,٣٪) أي (١ فـي ٣٠٠)، علمـاً أن خطر الإصابة بالعـدوى بعد التعرض من خلال الجلد لالتهاب الكبد الوبائي (بي) (٦٪-٣٠٪) ولالتهاب الكبد الوبائي (سـي) (١,٨٪) أكبر بكثير[٣١].

قـدرت مراكز ضبـط الأمراض أن حوالـي (٨٠٠٠٠٠) من العاملـين في الرعاية الصحيـة في الولايات المتحدة سـيصابون بجـراح بإبر المرضى في عـام (١٩٩٨م)، وأشـارت التقديرات المشتركة من مراكز ضبط الأمراض و(إي بي آي نيت) وهو نظامٌ حاسـوبي لتقفي الإصابات الموحدة، يستخدمه حوالي (١٥٠٠) مستشفى أمريكي، إلى أن أكثر من (٢٠٠٠) من أولئك العاملين سيصابون بعدوى التهاب الكبد (سي) و(٤٠٠) آخرون سـيصابون بعدوى التهاب الكبد (بي) و(٣٥) سيصابون بفيروس نقص المناعة البشـري، وهذا الأخير هو أكثر ما يبعث الخشـية والخوف، ولكن التهاب الكبد (بي) الذي يوجد لقاح ضده والتهاب الكبد (سي) الذي لا يوجد له لقاح يشكلان خطراً على الحياة لأنهما يؤديان إلى تلف الكبد، وتليفها والإصابة بالسـرطان[٣٢]. يبدو أن خطورة انتقال عدوى التهاب الكبد (بي) و(سـي) وفيروس نقص المناعة -بعد الاصابة المهنية

من أدوات حادة عندما يكون المصدر غير معد أو مجهول- منخفضةٌ نسبيا[٣٣]، والحذر والحيطة في جميع الاصابات بأدوات حادة هي أفضل إجراء بغض النظر عن أي اعتبارات أخرى[٣٤]، كما يجب أيضاً إعارة الاهتمام للنواحي النفسية (السيكولوجية) للتعرض للدم أو سوائل الجسد[٣٥].

أوردت مراكز ضبط الأمراض بأن حوالي (٢٥٠٠٠) راشد مصاب بالأيدز عملوا في وقت ما في الرعاية الصحية[٣٦]، كما يجب أيضاً الاهتمام بالأمراض الانتهازية المصاحبة لمرض الأيدز الظاهر، التي تشمل السل والالتهاب الرئوي التكيسي (PCP). ومن المعرضين للخطر -بصفة استثنائية في محيط الرعاية الصحية- المرضى الراشدون المتقدمون في السن نوعاً ما والذين يعانون من ضعف المناعة.

أخذت الأمراض المعدية التي تشكل مشكلات خاصة للمديرين ومقدمي الرعاية في منظمات الخدمات الصحية بالتزايد، إذ لا يمكن -في سعيهم للاستجابة للمتطلبات القانونية- المجازفة بالالتزامات الأخلاقية نحو الموظفين والمرضى، ويجب أولاً وقبل كل شيء وضع تلبية توقعات الإحسان وعدم الإضرار نصب أعين جميع من يقدم ويدير الخدمات.

العلاقات الجديدة مع الهيئة الطبية:

وقعت في بداية ثمانينات القرن الماضي تغيرات مهمة في العلاقات بين الأطباء ومنظمات الخدمات الصحية، في نقلة قادتها مستشفيات الرعاية الحادة. صممت تلك التدابير لكي تضيف بعداً اقتصادياً للعلاقات التي تشدد على النشاطات الإكلينيكية، فتم ابتداع مفهوم ما يعرف (بالميش) (MeSH) (المستشفى و الهيئة الطبية) (medical staff-hospital) في الثمانينات ولكن لم يجد قبولاً واسعاً آنذاك، ثم ظهر مفهوم المشروع المشترك (joint venture) الذي شمل أموراً مثل مباني العيادات الطبية (medical office) واستئجار أو شراء وتشغيل المعدات عالية التقنية، الذي أصبح التركيز فيه على العلاقات الاقتصادية بين المنظمات والأطباء. وفي التسعينات استُبدل كلا المفهومين بما يعرف بمنظمة الطبيب والمستشفى (PHO)، والشبكات الصحية المدمجة، ويركز كلاهما على الرعاية الصحية الأولية؛ ولكنهما يسعيان نحو توفير سلسة متواصلة من الخدمات الصحية لمجموعة سكانية محددة، ويجب فيهما ربط اقتصاديات الممارسة الإكلينيكية مع المنظمة لكي تساعد كل منهما الأخرى على البقاء والاستمرار والنجاح.

تعج مثل تلك الترتيبات بالمشـكلات الأخلاقية الكامنـة، وتصبح العلاقة النزاعية المعتدلة بين الهيئة الطبية والمديرين مفيدةً بعض الشـيء لأنها توفر المراجعة والتوازن (checks and balances) للحفاظ على توفير رعاية صحية ذات جودة عالية والاستمرار في ذلك، وتتطلب تلك العلاقة أن يتذكر كل طرف أن سـبب وجوده هو خدمة وحماية المرضى. عندما ترتبط الإدارة والممارسة الإكلينيكية اقتصادياً معاً فقد تعاني مصالح المرضى، ويرتفع احتمال تضارب المصالح إذا كان الأطباء المشـتركون في هذه التدابير هـم أيضاً أعضاء في مجلس الإدارة، وقد أدى الدليل على وجود تضارب في المصالح والتخوف من احتمال وجودها إلى إقرار قوانين فيدرالية ومحلية على مسـتوى الولاية تنظم إحالات إكلينيكية محددة.

تقييم الأداء الإداري:

تقييم أداء المدير التنفيذي هو من الأدوار الرئيسية لمجلس الإدارة، فيما يقيم بدوره أداء المديريـن التابعين له. رفـض دبليو إدواردز ديمينـج الإدارة بالأهداف (MBO) للاسـتخدام العام في المنظمـات، وجادل أنها تحرض المديريـن ضد بعضهم البعض وتؤدي إلى التنافس الداخلي وكبح أداء النظم فيها، وفي المحصلة النهائية يتدهور أداء المنظمة بكاملها. رغم قلق وهموم ديمينغ حيالها تسـتمر الإدارة بالأهداف بالانتشـار في المنظمات[٣٧]. وفي أنقى أشكالها فإن الإدارة بالأهداف كما استنبطها أول الأمر بيتر دركر تتماشى مع نظرية ديمينغ، إلا أن استخدامها انحرف عن القصد الأساسي[٣٨].

علـى الرغم من النـزاع حول الإدارة بالأهداف، إلا أن التقييم الرسـمي للمديرين التنفيذيين باسـتخدام معايير محددة يعد ملائماً، وتحمل مسـؤولياتهم نحو المنظمة سـلطةً عريضة، وتتفق مصالحهم مع تحقيق الحد الأمثـل ويجب أن يعكس تقييمهم ذلك التوافق. استخدم هارفي أسـلوب الإدارة بالأهداف لتقييم مديري المستشفيات التنفيذيين[٣٩]، وتضم قائمته – للكفاءات اللازمة للفاعلية الإدارية – التخطيط، والتنظيم، وتحقيق أهداف المستشـفى، والحفاظ على جودة الخدمات الطبية، وتحصيص الموارد بعدالة وكفاءة، وحل الأزمات، وطاعة القوانين، وتعزيز المستشـفى والترويج له. يمكن تعميم تلك المعايير لأي منظمة للخدمات الصحية يقارن فيها الأداء مع معايير ومقاييس محددة مسـبقاً. وتطبق النظرية الحالية معايير مماثلة في إطار الإدارة بالأهداف[٤٠]، وقد وجدت إحدى الدراسـات عن المديرين التنفيذيين أن (١) من (١٠) منهم لم يُقَيم أداؤه مطلقاً، رغم متطلبات الهيئة المشـتركة لاعتمـاد منظمات الرعاية الصحية وأن

التقييم هو من مؤشـــرات الحاكمية الجيدة[٤١]، كما وجدت دراســـة أخرى أن (٧٦٪) من مجالس إدارة المستشفيات المستجيبة للدراسة تقيم مديريها التنفيذيين رسمياً[٤٢]، ويعد التقييم غير الرســـمي المســـتمر والتقييم السنوي الرســـمي لأداء المديرين التنفيذيين ضرورياً لفاعلية المنظمة. إلا أن الدليل الســـردي يشـــير إلى أن عدداً قليلاً نسبياً من المديرين التنفيذيين يقيَّم بمعايير محددة وخاصة من النوعية التي يوصي بها هارفي.

لاجتنـــاب تضارب المصالح عند تقييم المديرين التنفيذيين، عليهم حصر دورهم في تفســـير أداء المنظمة، ويجب مراجعة وتقييم أداء المدير التنفيذي في غيابه ولكن يجب إبلاغـــه بالنتائـــج لاحقاً. يحق للمدير التنفيذي العـــدل كما يحق لجميع الموظفين في إجراءات المراجعة والتقييم، وخاصةً إذا كان هناك احتمال وجود نتائج سلبية قد تؤدي إلـــى فصله من عمله، وبالإمكان تقليص حجم المشـــكلات لو اســـتخدم مجلس الإدارة إجـــراءً رســـمياً لتقييم أداء المديـــر التنفيذي، يعتمد على أهداف محددة مســـبقاً يتم تحقيقها أثناء فترة التقييم.

يقيِّم المديرون التنفيذيون أداء المديرين التابعين لهم مباشـــرةً أو بالتنســـيق مع أحد أعضاء الإدارة العليا، ويشـــمل ذلك تقييم الأبعاد الإدارية لعمل المديرين الإكلينيكيين، وقد تتدخل العلاقات الشخصية والمهنية وتتضارب مع التقييم الموضوعي أو في بعض الحالات حتى في الإدارة اليومية.

أقرب مما ينبغي.

سو روزن تنفيذيةٌ ناجحةٌ في الخدمات الصحية منذ أكثر من عشرين ســـنة، وتشـــغل حالياً منصب المدير التنفيذي لمركز لعلاج الإدمان يوفر سلسلةً واسعةً من خدمات العيادات الخارجية والتنويم، منذ حوالي أربع ســـنوات عانت سو من توتر شـــديد يتعلق بالعمل، إضافةً إلى مشكلات عاطفيـــة في حياتها الخاصة التي ازدادت تعقيداً بعد طلاقها وتعرضها لصعوبات في التعامل مع ابنها الوحيد.

أدركـــت احتياجها لمســـاعدة متخصصـــة، وطلبت خدمـــات الدكتور آيزنبارد وهو متخصصٌ في علم النفس الإكلينيكي، وبالاضافة إلى عمله فـــي عيادته الخاصة يقدم الدكتور آيزنبارد استشـــارات لعدد من مراكز الإدمان. تلقت روزن (٣٢) جلســـةً علاجية خلال سنتين، وأدى آيزنبارد معونةً جيدة، وكانت جلستهما النهائية منذ سنتين.

استقال مؤخراً مدير روزن الإكلينيكي، وهو متخصصٌ في علم النفس الإكلينيكي، واستجاب آيزنبارد لإعلان عن وظيفة من خلال صندوق بريدي؛ فأرسل سيرته الذاتية إلى صندوق البريد، فأحضر مدير الموارد البشرية السيرة إلى روزن التي فوجئت بتلقيها، فرغم أنها تكن له الاحترام والتقدير إلا أنها قلقةٌ تجاه مضامين تقدمه للعمل.

سوف تجعل العلاقة العلاجية السابقة تعامل روزن الفعال مع آيزنبارد مستحيلاً سواءً كزميل أو كعضو تابع في الإدارة العليا، فلن تشعر روزن بالارتياح، وستجد صعوبةً في اتخاذ إجراءات تأديبية في حقه إن لزم الأمر، بل ربما لا يمكنها ذلك. وقد لا يرغب آيزنبارد الدخول في علاقة إدارية مع روزن، ولكنه حتى الآن لا يدرك أنها قد تكون رب عمله، وبغض النظر عن تقديرات روزن العالية لقدرات آيزنبارد المهنية فلا يجب أن تتم هذه العلاقة الوظيفية لأنها مشبعةٌ بالمشكلات.

يجب تقييم أداء مجالس الإدارة، ولا بأس من استخدام الإدارة بالأهداف في هذا المستوى إذا تم تطبيقها كما يجب، ولو تم استخدام خبيرٌ خارجي لذلك فهو يساعد في تعزيز الموضوعية والشمولية، كما تساعد المعلومات الواردة من المدير التنفيذي والمديرين الآخرين -الذين يتفاعل معهم أعضاء مجلس الإدارة- في تقييم أداء أعضاء مجلس الإدارة.

الشهادات المهنية:

يبدأ التحقق من الشهادات بمجرد أن يتقدم الطبيب لطلب عضوية الهيئة الطبية والامتيازات الإكلينيكية في المستشفى، وتتم مراجعة جميع نواحي تعليم وتدريب وترخيص المرشح وإعداده الإكلينيكية، كما تضمن المراجعات الدورية المنتظمة كفاءة الأطباء، إذ يعتمد تجديد الامتيازات للممارسة في المستشفى على إثبات الاقتدار والكفاءة. كما تتم مراجعة جميع الموظفين الإكلينيكيين الذين يتاح لهم إذن الوصول المستقل إلى المرضى سواءً كانوا أعضاءً في الهيئة الطبية أم لا، والأسباب الرئيسية وراء ذلك الاهتمام بالكفاءة والاقتدار هي مبادئ احترام الأشخاص والإحسان وعدم الإضرار إضافةً إلى فضائل أخرى، رغم أهمية الحيلولة دون الدعاوى القضائية والسمعة السيئة للمستشفى.

تظهر - أحياناً - أخبارٌ وبلاغاتٌ عن أشخاص يدَّعون أنهم أطباء ولكن بعض شهاداتهم أو جميعها مزورة، ومشكلة الشهادات المبالغ فيها أوالمحرفة أو المزورة واسعة

الانتشــار في عالــم الأعمال والتجارة، وهناك ما يشــير إلى إصابــة إدارة الخدمات الصحية بهذا الداء أيضاً. وتشــمل الأمثلة على الشهادات المحرفة مسميات وظيفيةً، ومســؤوليات، وواجبات، ومهام عمل مضخمة، وتدريباً وشــهادات أكاديمية مزورة أو مبالــغ فيها، وكذلــك معلومات مزورة أو مضللة عن الإنجازات والنشــاطات المهنية[٤٣]، وبعض الخدع والحيل المستخدمة دقيقة ومدروسة جيداً ومتقنة وهي شديدة الفاعلية في تضليل الآخرين[٤٤]. وجدت دراساتٌ حديثة مستويات كبيرة من الانتحال في كتابات أصليــة (وهي ما تعرف بالتصريحات والتعبيرات الشــخصية) بــين طلبات الالتحاق ببرامج الإقامة الطبية[٤٥]، وذلك السلوك تدليسٌ لا أخلاقي.

حتــى الفحص الموجــز الذي يقوم به أرباب العمل يكشــف عادةً شــهادات مزورة كشــهادات الترخيص وشهادات أكاديمية، ولكن المشكلة الأكثر انتشاراً ويصعب إدراكها هي مشكلة كتابة السيرة الذاتية بطريقة «إبداعية»، فما عليك إلا الاطلاع على السير الذاتية التي أعدتها بعض شــركات ووكالات التوظيف لتدرك إمكانية تضخيم وظيفة إدارية هامشية لكي تبدو ذات قيمة وأهمية. قد يكون اكتشاف الشهادات المبالغ فيها أو المحرفة صعباً بعض الشيء لأنه يجب التحقق من تفاصيل محددة للتاريخ الوظيفي، إذ لا يكفي الوصف الوظيفي لإيضاح طبيعة العمل الفعلي الذي يقوم به شاغل منصب محدد، ولذلك قد تنفذ بعض الحالات الهامشية وتتفادى الانكشاف.

ليــس أمام المديريــن الذين يواجهون متقدماً للعمل قام بتقديم شــهادات كاذبة إلا خيارٌ واحد وهو فضح المذنب واتخاذ إجراءات تأديبية بحقه، إلا أن الإجراء المناســب عندما يكتشف أن موظفين على رأس العمل قد زوَّروا أوحرَّفوا شهاداتهم ليس واضحاً تمامــاً، ولكن لابد مــن اتخاذ إجراء ما. الخطوة الأولى فــي تلك الإجراءات الواجب اتخاذها هي الإرشــاد ســواءً تقرر إبقاء الموظف أم إبعاده، أما بعد الإرشــاد فينبغي أن يلائم الإجراء المتخذ خطورة المشــكلة، ويجب أخذ الأداء الوظيفي وأســباب تزوير الشــهادات في الاعتبار ويجب التبليغ عن التزوير الخطير للجمعية المهنية التي ينتمي إليها المزور وكذلك للسلطات إذا كان ما قام به يعد إجرامياً.

ما هو الإجراء الواجب اتخاذه إذا ما بالغ أحدهم في شــهاداته أوحرفها أو زورها؟ يجب على المديرين الذين يواجهون تلك المشــكلات إبلاغ رؤســائهم وأن يوفروا أقوى عرض لأسباب ذلك، وهذا إجراءٌ سليم حتى إن لم توجد أي شهادة إطلاقاً ولكنها كانت أساســيةً في قرار التوظيف. قد لا يتخذ رب العمل إجراءً قاســياً وخاصةً إذا كانت

أســباب ما حدث مقنعة، ومن الأرجح أن ينظر إلى الأداء الوظيفي، إلا أنه على المدير أن يكون متأهباً للفصل. لا يمكن قبول التمويه والكتمان المستمر إذ كلما ارتفع المستوى الإداري ارتفعــت المجازفة وارتفع احتمال إصابة حياة الشــخص العملية والمهنية بأذىً مدمر. تشــكل الشــهادات المحرفة أو المزورة عبئاً على صاحبها لأنها تتكشف عاجلاً أم آجلاً، وأيضاً بســبب الخوف المزمن المزعج من الانكشاف والفضيحة، ومما لا شك فيه أنه مــن الأفضل تصحيح الوضع قبل تفاقمه وتضخــم تبعاته، وهذا لزاماً تفكير نفعي، إلا أن أتباع كانت وأخلاقيي الفضيلة يسرعون بإضافة أنه يجب عمل ذلك لأنه صحيح، وهو ما يجب عمله وما تنص عليه الأمانة.

يسهل التدقيق والتحقق الشكلي غير المتقن – الذي يقوم به أرباب العمل المحتملين في الشــهادات – استخدام الشــهادات المحرفة أو المزورة، إذ يشكل التدقيق المنقوص مشــكلةً لأي مركز في المنظمة، ويقوم المديرون بخرق التزاماتهم الأخلاقية ومخالفتها إن هــم قصروا في التدقيــق والتحقق الوافي من الشــهادات لأنهم يعرضون المرضى للخطــر لو تم توظيف ممــارس إكلينيكــي أو إداري غير مقتــدر. يتحمل رب العمل مســؤولية تدقيق الشــهادات والتحقق مــن أصالتها واتخاذ الإجــراءات اللازمة عند اكتشاف التحايل والتزوير، ويجب التبليغ عن الشهادات المزورة أو المحرفة بشكل لافت، مما يدفع الاتحادات والجمعيات المهنية إلى اتخاذ إجراءات تأديبية رادعة، بما في ذلك الطرد من عضويتها ومن البديهي أن ادعاء الحصول على شهادات أكاديمية وهمية، أو مراكز وظيفية مختلقة أمرٌ بالغ الأهمية لكل من رب العمل والمنظمات المهنية.

يلتزم أرباب العمل أخلاقياً بتوفير التقارير الدقيقة والشــمولية عن أداء موظفيهم الســابقين، كما يجب عليهم توفير معلومات محددة في حال وجود مشــكلات كبيرة؛ مثل إدمات المخدرات أوالســلوك الجنائي ســواءً طلب منهم ذلك تحديداً أم لم يطلب. يعزز مفهوم الواجب القانوني التزام المديرين الأخلاقي بتوفير المعلومات عن المشكلات الكبيرة المتعلقة بموظفيهم الســابقين، أما المشــكلات الأقل حدةً فيجب تبيانها ضمن تقييم متوازن لنقاط ضعف وقوة الموظف.

أثارت دعوى قضائية أقيمت في ولاية ماساشوســيتس التســاؤلات حول السلوك الأخلاقي عندما أغفل أطباء -أثناء كتابة رســائل التوصية لأطباء مقيمين في قســم التخدير- ذكر معلومات عن خُلقهم وسلوكهم الجنائي.

ولكن ماهي أهمية هذا الموضوع؟

حققت جمعية ماساشوسيتس الطبية مع ثلاثة أطباء في أحد كبرى مستشفيات مدينة بوسطن لأنهم كتبوا خطابات توصية إطرائية جداً لزميل لهم، بعد أيام قليلة من إدانته في قضية اغتصاب ممرضة.

تمكن الطبيب المدان من استخدام تلك الخطابات للحصول على وظيفة جديدة كطبيب تخدير في مستشفى الأطفال في مدينة « بفالو»، حيث أفاد المسؤولون هناك بأنهم ما كانوا على دراية بمشكلاته القضائية، كما اتُّهم نفس الطبيب لاحقاً بقضية اغتصاب أخرى في «بوسطن» تتعلق بمرضى وتعود إلى عام ١٩٧٨م.

أفاد المسؤولون الطبيون بأن القضية المتعلقة بالأطباء في مستشفى «بريقام آند وومين» كانت أبرز مثال قد شهدوه على الإطلاق يبين كيف فقدت خطابات التوصية لوظائف المستشفيات قيمتها في السنوات الأخيرة، بعد أن أصبح الأطباء أكثر حذراً في كتابة أي انتقاد في حق زملائهم خشية أن يرفعوا دعاوى قضائية ضدهم.

أكد أطباء آخرون من أعضاء الهيئة الطبية في المستشفى أنهم يعتقدون أن تلك الخطابات كتبت بعد استشارة محامي مستشفى «بريقام آند وومين»، وأشاروا إلى أنه حيث إن الاغتصاب لم يقع في هذا المستشفى فقد نصحهم المحامون بأنه ليس لديهم أي أساس لانتقاد أداء الطبيب الطبي.

أشار «بي جي جونسون» رئيس المحامين المشارك للجمعية الطبية الأمريكية في تعقيبه على القضية، أن الجمعية نصحت رؤساء الأقسام في المستشفيات بالصراحة عند كتابة خطابات التوصية رغم خطر الدعاوى القضائية قائلاً: «كثيراً ما تقوم المستشفيات التي عانت من مشكلات مع طبيب ما بكتابة خطاب مفعم بالمديح لأنه من الأسهل ترحيل مشكلاتك إلى منطقة أخرى عوضاً عن حلها بنفسك»[٤٦].

بعد أن قامت جمعية «ماساشوسيتس» الطبية بالتحقيق، تم إنذار وتأنيب الأطباء الثلاثة الذين كتبوا خطابات توصية ووُضعوا تحت الرقابة لمدة سنة، كما أدى النزاع والخلاف الذي قام حول تلك الخطابات إلى تعيين لجنة لتضع أدلةً لإعداد خطابات التوصية، وحذر تقريرها الأطباء بضرورة اتباع القاعدة الذهبية حول كتابة الخطابات

وهي: «يجب أن يحوي الخطاب المعلومات التي يعرفها كاتبه والتي يرغب أن يعلمها لو كان هـــو متلقي الخطاب» كما نص التقرير أيضاً على أن : «المعلومات المتعلقة بالخلق والشخصية والسمعة في غاية الأهمية في حالة الأطباء»[٤٧].

ســـواءً خرق الأطباء الذين كتبوا خطابـــات التوصية نص القانون أم لم يفعلوا، فهم حتمـــاً خالفوا روح القانون، إذ ســـوف تجد جميع منظمـــات الخدمات الصحية -التي توظـــف ذلـــك الطبيب أو تضمه إلى هيئاتها الطبية- أهميـــةً كبرى لكونه قد أدين في جنايـــة، وخاصةً فيما يتعلق بجريمة الاغتصاب التي هـــي أبعد ما يمكن أن تكون عن العلاقة الحميمة التي تنشأ بين الطبيب والمريض وأسوأ ما يمكن أن يخل بها. كما هو الحال مع الموظفين من غير الأطباء، المنظمة ملزمةٌ أخلاقياً من خلال مديريها بالتبليغ عـــن المعلومات التي تتعلق بالأطباء أيضاً بأمانة وموضوعية، إذ يســـهِّل التســـاهل في توفير المعلومات -عن الموظفين الســـابقين إلـــى أرباب العمل المحتملين- تنقُّل موظفين إكلينيكيـــين غير مؤهلـــين وربما خطرين من وظيفة إلى أخرى رغـــم التاريخ الوظيفي المشـــبوه وإجراء التحقيقات[٤٨] معهم. حتى قوانين الولايات التي تحمي التوصيات إذا كانت صادقة لاتوفر إلا ضمانات محدودة لأرباب العمل السابقين لأن التوصيات تميل إلى كونها شخصية غير موضوعية.

الخاتمة:

حدد هذا الفصل وحلل المشكلات الأخلاقية التي يواجهها المديرون في علاقاتهم مع المنظمات والموظفين، وتم تحليل تلك العلاقات ضمن ســـياق التزامات المدير الأخلاقية نحـــو المرضى. يتاح للمديرين الاطلاع على معلومات المرضى ومعلومات مملوكة للغير معظمها سرية، مما يتيح احتمال إفشاء تلك المعلومات بطريقة غير ملائمة، أو المتاجرة الذاتية وسوء استخدام المعلومات الداخلية.

تم فحص العلاقات الفريدة التي تتمتع بها الإدارة العليا -وخاصةً المديرين التنفيذيين مع مجالس الإدارة- ضمن ســـياق واجبات أخلاقية مختلفة، فعلى المديرين العمل على حماية المرضى عند ظهور تســـاؤلات حول الاقتدار الإكلينيكي والتأهيل، ويشـــمل ذلك العمل ضمان وجود السياســـات والإجراءات والموارد اللازمة للحد من خطورة حدوث الممارســـة غير الكفؤة وإزالتها لو حدثت. على المديرين إيجاد ثقافة تبرز وتؤكد رعاية المرضى وســـلامتهم، وعليهم أيضاً دعم جميع الموظفين في جهودهم للحفاظ على تلك الثقافة واستمرارها.

تثيــر العلاقات الجديدة فيما بين المنظمــات ومع الأطباء قضايا أخلاقيةً مختلفة، ينتج معظمها مــن احتمال تضارب المصالح، إذ يؤدي التركيز على الجوانب المالية إلى التغاضي عن أن المريض ورعايته هما الســبب الرئيســي لوجــود منظمات الخدمات الصحية.

ويختتم الفصل بتقصي المؤهلات الشخصية المزورة أو المبالغ فيها، وبالتزام المديرين بالتصرف عند علمهم بتلك المشــكلات، يســاعد التحقق المتعمق -لخلفيات المتقدمين للعمــل، وإعطاء خطابات التوصيــة الصادقة والصريحة- المنظمــات في أداء عملها وحماية المرضى والحفاظ على نزاهة المهنة وحمايتها.

الهوامش:

1. Diane M. Barowsky. (2003, September/October). Assessing cultural fit during the interview. Healthcare Executive 18(5), pp. 62–63.

2. See, for example, Charles U. Letourneau. (1959). Hospital trusteeship (pp. 90–91). Chicago: Starling Publications; Charles U. Letourneau. (1969). The hospital administrator (p. 45). Chicago: Starling Publications; and Malcolm T. MacEachern. (1962). Hospital organization and management (pp. 87, 97). Berwyn, IL: Physicians' Record Co. T. MacEachern. (1962). Hospital organization and management (pp. 87, 97). Berwyn, IL: Physicians' Record Co.

3. Jeffrey Alexander. (1990). The changing character of hospital governance (p. 13). Chicago: Hospital Research and Educational Trust.

4. Ibid., p. 18.

5. Melanie Evans. (2009, March 2). Raising the bar for boards. Modern Healthcare 39(9). Retrieved November 12, 2010, from http://www.modernhealthcare .com/ article20090302/reg/902279962.

6. Paul B. Hofmann. (2003, September/October). Revealing inconvenient truths. Healthcare Executive 18(5), pp. 56–57.

7. Rockwell Schulz & Alton C. Johnson. (1990). Management of hospitals and health services (3rd ed., pp. 87–95). St. Louis: Mosby.

8. American Nurses Association. (2011). Code of ethics for nurses with interpretive statements. Retrieved January 4, 2011, from http://www.nursingworld.org/MainMenu Categories/EthicsStandards/CodeofEthicsforNurses/Code-of-Ethics.aspx.

9. AIDS epidemic update (report). (2008, December). UNAIDS, World Health Organization.

10. HIV prevalence estimates—United States, 2006. (2006, October 3). Morbidity and Mortality Weekly Report 75(39), p. 1073.

11. Andine Davenport & Frank Myers. (2009, May). How to protect yourself after body fluid exposure. Nursing2009 39(5), p. 23.

12. AIDS-related lawsuits will continue to rise, report shows. (1990, April 16). AHA News 26, p. 3.

13. Ronald Bayer & Larry Gostin. (1990). Legal and ethical issues relating to AIDS. Bulletin of the Pan American Health Organization 24, p. 457.

14. American Medical Association. (2003, November 25). Report 4 of the Council on Scientific Affairs (p. 4). Chicago: Author.

15. Robert E. Stein. (1991, June). The Americans with Disabilities Act of 1990. Arbitration Journal 46, pp. 6–7.

16. Kenneth E. Labowitz. (1992, March). Refusal to treat HIV-AIDS patients: What are the legal obligations? Trial 28(3), p. 58.

17. Barry R. Furrow, Thomas L. Greaney, Sandra H. Johnson, Timothy S. Jost, & Robert L. Schwartz. (1997). Health law: Cases, materials and problems (3rd ed., pp. 487–488). St. Paul, MN: West Publishing Co.

18. School Board of Nassau County, Florida v. Arline, 480 U.S. 273 (1987).

19. Raintree Health Care Center v. Human Rights Commission, 655 N.E. 2d 944 (1995).

20. Mauro v. Borgess Medical Center, 886 F. Supp. 1349 (1995). The trial court decision was affirmed on appeal at 137 F. 3d 398 (6th Cir. Feb. 25, 1998). In Scoles v. Mercy Health Corporation of Southeastern Pennsylvania (887 F. Supp. 765 [1994]), a federal court held that an HIV-positive surgeon was not "otherwise qualified" under Section 504 and the ADA and could be prohibited from performing exposure-prone procedures, despite the virtually nonexistent risk of infection. A federal court upheld the suspension of a neurosurgical resident from his residency in Doe v. University of Maryland Medical System Corporation (50 F. 3d 1261 [1995]) because he posed a significant risk to his patients' health and safety that could not be eliminated by reasonable accommodation.

21. Tarasoff v. Regents of the State of California, 17 Cal. 3d 425 (1976).

22. Ronald Bayer & Larry Gostin. (1990). Legal and ethical issues relating to AIDS. Bulletin of the Pan American Health Organization 24, pp. 461, 462 (notes).

23. American Medical Association. (Updated June 1996 and June 1998). Opinion 9.131: HIV-infected patients and physicians. Retrieved January 3, 2011, from http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code -medical-ethics/opinions9131.shtml: "A physician who knows that he or she is seropositive should

not engage in any activity that creates a significant risk of transmission of the disease to others. A physician who has HIV disease or who is seropositive should consult colleagues as to which activities the physician can pursue without creating a risk to patients."

24. American Hospital Association. (1987–1988). AIDS/HIV infection: Recommendations for health care practices and public policy. Chicago: Author.

25. Diana Culbertson, AHA Resource Center, American Hospital Association, personal communication, January 12, 2011.

26. Mary Koska. (1989, September 5). AIDS precautions: Compliance difficult to enforce. Hospitals, p. 58.

27. Cynthia Carter Haddock, Gail W. McGee, Hala Fawal, & Michael S. Saag. (1994, Fall). Knowledge and self-reported use of universal precautions in a university teaching hospital. Hospital & Health Services Administration 39(3), pp. 295–307.

28. Shelley A. Harris & Laura Ann Nicolai. (2010, March). Occupational exposures in emergency medical service providers and knowledge of and compliance with universal precautions. American Journal of Infection Control 38(2), pp. 86–94.

29. Centers for Disease Control and Prevention. (2011). Preventing occupational HIV transmission to healthcare personnel. Retrieved January 7, 2011, from http:// www.cdc.gov/hiv/resources/factsheets/hcwprev.htm.

30. Susan Okie. (1990, January 16). HIV-infected workers undercounted. Washington Post, p. A5.

31. Centers for Disease Control. (2003, July). Exposure to blood: What health care personnel need to know. Retrieved November 12, 2010, from http://www.cdc .gov/ncidod/dhqp/pdf/bbp/Exp_to_Blood.pdf.

32. Kathleen F. Phalen. (1998, August 11). Needle stick risk. Washington Post, p. 11.

33. Ziya Kuruuzum, Nur Yapar, Vildan Avkan-Oguz, Halil Asian, Ozgen Alpay Ozbek, Nedim Cakir, & Ayse Yuce. (2008, December). Risk of infection health care workers following occupational exposure to a noninfectious or unknown source. American Journal of Infection Control 36(10), pp. 27–31.

34. Davenport & Myers.

35. Jaye Wald. (2009). The psychological consequences of blood and body fluid exposure injuries. Disability and Rehabilitation 31(23), pp. 1963–1969.

36. Centers for Disease Control and Prevention, Division of Healthcare Quality Promotion. (2003, December 11). Surveillance of healthcare personnel with HIV/ AIDS, as of December 2002. Retrieved January 2, 2004, from http://www.cdc .gov/ncidod/hip/BLOOD/hivpersonnel.htm.

37. Edward Marlow & Richard Schilhavy. (1991, January/February). Expectation issues in management by objectives programs. IM, pp. 29–32.

38. Philip E. Quigley. (1993, July). Can management by objectives be compatible with quality? Industrial Engineering 14, p. 64.

39. James D. Harvey. (1978, Spring). Evaluating the performance of the chief executive officer. Hospital & Health Services Administration 23, pp. 5–21.

40. Beaufort B. Longest, Jr., & Kurt Darr. (2008). Managing health services organizations and systems (5th ed., pp. 548–549). Baltimore: Health Professions Press.

41. Daniel R. Longo, Jeffrey Alexander, Paul Earle, & Marni Pahl. (1990, May). Profile of hospital governance: A report from the nation's hospitals. Trustee 43(5), 7.

42. J. Larry Tyler & Errol L. Briggs. (2001, May). Practical governance: CEO performance appraisal. Trustee 54(5), 18.

43. Physicians are not immune. A study by Gail Sekas and William R. Hutson of applicants to a gastroenterology fellowship found that nearly one-third of the 53 applicants who said they had published articles in scientific journals misrepresented themselves. Misrepresentations included citations of nonexistent articles in actual journals, articles in nonexistent journals, or articles noted as being in press. Review of applicants to an infectious disease fellowship suggested that the problem of misrepresentation is not confined to gastroenterology. The authors of the study posit but do not answer the question of what those discovering the deception should do. They urge that guidelines be developed. See Gail Sekas & William R. Hutson. (1995). Misrepresentation of academic accomplishments by applicants for gastroenterology fellowships. Annals of Internal Medicine 123, pp. 38–41.

44. Marilynn Marchione. (2010, December 12). Fake doctor: Pilot duped AMA with fake M.D. claim. Huffington Post. Retrieved February 28, 2011, from http:// www. huffingtonpost.com/201012/12//fake-doctor-pilot-duped-a_n_795548 .html.

45. Scott Segal, Brian J. Gelfand, Shelley Hurwitz, Lori Berkowitz, Stanley W. Ashley, Eric S. Nadel, & Joel T. Katz. (2010, July 20). Plagiarism in residency application essays. Annals of Internal Medicine 153(2), pp. 112–120.

46. Fox Butterfield. (1981, September 24). Doctors' praise assailed for peer in rape case. New York Times, p. A16.

47. Doctors censured in Massachusetts. (1982, February 4). New York Times, p. D27.

48. Michelle Garcia. (2003, December 26). Nurse investigation expands: Five counties, 2 states to cooperate in probe of patients' deaths. Washington Post, p. A4.

49. Amy Joyce. (2003, January 4). Who cares about references? Employers should though it may be difficult to get thorough answers. Washington Post, p. F5

الفصل الثامن

القضايا الأخلاقية المتعلقة بالمرضى والمجتمع

يعـرِّف هذا الفصل ويحدِّد العلاقات الخاصة بين المديرين (ومنظماتهم) والمرضى والمجتمع. أشرنا في الفصل الرابع -في سياق الفلسفات الأخلاقية والمبادئ الأخلاقية المتعلقة باحترام الأشخاص، والإحسان، وعدم الإضرار، والعدالة، بالإضافة إلى فضائل مختلفة أخرى- إلى واجبات المديرين الشخصية إضافةً إلى مسؤولياتهم تجاه مهنتهم، وقد ألقى ذلك الفصل الضوء إلى حاجة المديرين إلى أخلاقيات شخصية محددة جيداً وواضحة المعالم لترشـدهم في صنع القرارات المتعلقة بالمشـكلات الأخلاقية الإدارية والبيوطبية ضمن سياق فلسفة المنظمة.

يدعـم هذا الفصل فرضية هذا الكتاب الأساسـية بأن المديـر وكيلٌ أخلاقي، وله واجباتٌ مستقلة نحو المريض. على المديرين أن يقارنوا ويوازنوا علاقاتهم مع المنظمة وواجـب الـولاء لها مع علاقاتهم بالمرضـى، فواجبات الزمـلاء المتبادلة هي جزءٌ من الانتماء إلى مجموعة مهنية لها توقعاتها وتتطلب سلوكاً معيناً. قد تُعد المنظمة والمدير مـن نواحٍ عديدة وجهان لعملة واحـدة، وعلى المديرين أن يُبقوا ذلك نصب أعينهم لأن سلوكهم وقراراتهم تُشاهد وتُقيم ضمن ذلك السياق، فهم يجسدون المنظمة ويمثلونها. ولكـن هناك حدوداً أخلاقية لما يمكن للمنظمـة أن تتوقعه من العاملين فيها أو الذين يرتبطـون بها، كما على المديرين أن يدركوا حدود أخلاقياتهم الشـخصية وعليهم أن يبدو اعتراضهم وامتعاضهم عندما تنتهك المنظمة تلك الحدود وتتجاوزها.

الحفاظ على المعلومات السرية:

ملفات المرضى:

تعـد منظمات الخدمـات الصحية -من خـلال مديريها- مكلفـةٌ بواجبات تتعلق بمعلومات المرضى. الملفـات الطبية ضروريةٌ لتوفير الرعاية الجيدة للمرضى وينبغي أن تكون واضحة وحديثة وكاملة وموثقة. ويتحقق الواجب القانوني بالحفاظ على على سريتها وأمنها من خلال توفير ما يكفي من الموظفين الفاعلين والنظم والإجراءات في نشاطات الملفات الطبية وأيضاً بضمان تطبيق لوائح الهيئة الطبية وقوانينها وأنظمتها.

مــا زال هناك الكثير من الإجراءات لمنع الاطلاع المحظور على الملفات الطبية الورقية أو الحد منه ويثير الاستخدام المتزايد للملفات الإليكترونية قضايا جديدة مهمة تتعلق بالسرية.

تم ســن قانون نقل ومسؤولية التأمين الصحي الفدرالي (HIPAA) عام (١٩٩٦م) وأصبح نافذاً فيما يتعلق بالخصوصية الطبية عام (٢٠٠٣م)، يفرض هذا القانون قيوداً كبيرةً على كيفية الحصول على المعلومات الطبية وإدارتها وتخزينها ونقلها واستخدامها. بُــذل جهدٌ كبير وعنايةٌ خاصة لضرورة موافقة المرضى على أي اســتخدام لمعلوماتهم وبياناتهم الصحية بما في ذلك اســتخدام وتبادل تلــك المعلومات بين مقدمي الرعاية المختلفين سواءً في العيادات الفردية أو المرافق الشاملة.

تختلف متطلبات الولايات القانونية من ولاية لأخرى ولكن على العاملين في منظمات الخدمات الصحية واجبٌ قانوني بضمان ســرية معلومات المرضى والاستخدام الملائم لها، ومن الخروق الشــائعة لهذه الأخلاقية مناقشــة حــالات وأوضاع المرضى (مع أو بوجود) أشــخاص لا ينبغي لهم أن يطلعوا على تلــك المعلومات. لقد وجدت البحوث المرتكزة في المستشفى عدة خروقات مهمة لسرية المرضى وأنواعاً أخرى من الملاحظات غيــر الملائمــة مثل هموم وقلق يتعلــق بقدرة أو رغبة موظف في تقــديم رعاية عالية الجودة للمرضى، وهموم حول تدني جودة الرعاية في المستشــفى، أو ملاحظات نابية وازدرائية عن المرضى أو أسرهم[١]. وقد تكون الثرثرة والقيل والقال ممتعةً عند البعض ولكنهــا غيــر مقبولة من الناحية الأخلاقية لا داخل ولا خــارج المنظمة. يمكن كذلك خرق سرية المرضى من خلال التخلص من ملفات المرضى الإلكترونية بطريقة خاطئة أو غيــر كاملة (مثل الملفات التي يتم حفظها على الأقراص الصلبة في الحاســبات)[٢]، إضافةً إلى ذلك فقد تنشــأ التضاربات بين الحفاظ على معلومات سرية عن المرضى والتوسع في مصالح المنظمة.

القوائم البريدية.

يوجد لدى المستشفى الجامعي قسمٌ نشط لأمراض القلب ضمن دائرة الأمــراض الباطنية، وقــد عالج خلال عدة عقود آلافــاً من الناس الذين يعانون من أمراض القلب التي تراوحت بين الخناق الصدري وفشل القلب الاحتقاني، وقد ضم مرضى القسم في عدد من البحوث والدراسات، مَول العديد منها المعهد الوطني للصحة أو جمعيات القلب الوطنية المختلفة.

تجرى استطلاعات مسحية دورية كجزء من متابعة المرضى على المدى البعيد، ولهذا السبب يحتفظ قسم أمراض القلب بقاعدة بيانات شاملة وقوائم بريدية للمرضى، وفي إحدى المناسبات قامت إدارة التطوير في المستشفى باستخدام القوائم البريدية لالتماس التبرعات، وفي مناسبة أخرى قامت بجهود خاصة لجمع التبرعات للمساعدة على ترميم وتجهيز وحدة للعناية الفائقة بالقلب. كانت التبرعات من مرضى برنامج القلب الحاليين والسابقين مجزية، غالباً بسبب العلاقة الطيبة القائمة بين البرنامج ومرضاه.

اتصلت شركة تأمين وطنية بارزة ومحترمة بمديرة البرنامج الطبيبة ومساعدها الإداري، إذ حازت نتائج البرنامج على إعجابها وترغب في الحصول على القوائم البريدية لتسوق التأمين على الحياة للمشاركين في البرنامج. والعرض مثيرٌ ومرغوبٌ لأن فرصة الحصول على التأمين على الحياة ستفيد المرضى الحاليين والسابقين الذين لا يتمكن الكثير منهم من الحصول على التأمين إلا بدفع أقساط باهظة، كما أن العرض مغر أيضا لأن أي بيانات تحصل عليها شركة التأمين ستتاح للمستشفى بسعر التكلفة إذا منح القوائم البريدية للشركة.

مديرة البرنامج ومساعدها الاداري مندفعان بحماس حول الإمكانيات الإكلينيكية إضافةً إلى فرصة مساعدة المرضى، ويرى مدير التطوير أن بيع القوائم البريدية هو من سبل جمع المال لنشاطات برنامج القلب، وأمضى هو ومديرة البرنامج ساعةً في محاولة إقناع المدير التنفيذي أن الإفصاح عن القوائم البريدية لمثل هذا الهدف النبيل أمرٌ ملائم.

كما أشرنا، فإن هذا العرض يخرق ويخالف قاعدة الخصوصية لقانون نقل ومسؤولية التأمين الصحي الفدرالي لأن المعلومات الطبية الصادرة من كيان ينطبق عليه القانون – في هذه الحالة المستشفى– ستستخدم لتسويق منتج أو خدمة بدون تفويض كتابي من المريض[٢]. ولأن خرق القانون غير أخلاقي بحد ذاته، يجب على المستشفى الجامعي الحصول على الإذن قبل أن يتمكن من استخدام القوائم البريدية حسب العرض المقترح.

يخرج التحليل الأخلاقي بالنتيجة ذاتها الناتجة من تطبيق نظام نقل ومسؤولية التأمين الصحي الفيدرالي، وتشير هذه الحالة إلى اعتبارات حقيقية وواقعية رغم

تضادها وتضاربها وهي جزء من رعاية المرضى والبحوث وجمع التبرعات بالإضافة إلى واجب الإحسان العام في مساعدة المرضى على حل المشكلات التي لا ترتبط مباشرةً بالعلاج الطبي. تلقي هذه الحالة الضوء على المشكلات الأخلاقية المتعلقة بحماية سرية وخصوصية معلومات المرضى، فاستخدام المعلومات بالطريقة المقترحة في الحالة أعلاه يخالف خصوصية وسرية تشخيص وعلاج المرضى. قد تعود بعض المنافع المباشرة على المرضى مثل فرصة الحصول على التأمين على الحياة، وقد تعود بعض المنافع غير المباشرة على المنظمة مثل تحسين البيانات وتعزيزها للدراسات الوبائية والمرضية. ومع ذلك فاستخدام القوائم البريدية المشار إليه لا يخدم أي هدف بحثي حقيقي كما أنه لا يحسّن علاج المرضى مباشرةً، وواقع الأمر هو أن البيانات التي لا تحدد هوية المريض تخدم الهدف البحثي ذاته من حيث الدراسات الوبائية. أما الوعد بتوفير بيانات الوفيات عن المستفيدين من التأمين فهو أمرٌ ثانوي لا أهمية له للجهود البحثية ومن الأرجح أن المبالغ المتحصلة من بيع القوائم البريدية متواضعة، وبغض النظر عن ذلك، فتلك الطروح النفعية لا علاقة لها بالموضوع لأن هذه الاستخدامات تناقض مبدأ احترام الأشخاص الذي يشمل السرية. أما صحة الاستخدام السابق للقوائم بهدف جمع التبرعات ففيها شك ولا يمكن الاستشهاد بها لتبرير إتاحة القوائم للبيع الآن.

بالإمكان طرح حجة أقوى أخلاقياً لتبرير استخدام القوائم البريدية لو شمل جميع مرضى المستشفى الجامعي عوضاً عن الذين تم تحديدهم بالتشخيص، لأن مكاتبة جميع المرضى السابقين لا يكشف إلا أنهم كانوا مرضى في المستشفى الجامعي، مع أن حتى هذا الإجراء قد يثير القلق حول خصوصية بعض المرضى السابقين، ويمكن تقليص مشكلة القوائم البريدية بأن يتم عند تنويم المريض في المستشفى تحديد رغبته في المشاركة في القوائم البريدية المستخدمة لأهداف المستشفى كجمع التبرعات.

يجب التمييز بين استخدام المستشفى الجامعي للقوائم البريدية مباشرةً وبيعها أو تأجيرها، ويجب إبلاغ المرضى إذا كان المستشفى ينوي استخدام القوائم تجارياً. يناقش الفصل التاسع عدداً من القضايا الناتجة عن الحصول على موافقة المرضى في مواقف مماثلة. تتغير أبعاد وشؤون الخصوصية ويجب أن يعلم المرضى أنه بإمكانهم حذف أسمائهم من القوائم البريدية في أي وقت يشاؤون. إن إيجار أو بيع القوائم البريدية في بيئة الخدمات الصحية محفوفٌ بالمشكلات الأخلاقية وأفضل الحلول اجتنابه.

مراقبة النشاطات الإكلينيكية:

المديرون هــم وكلاء المنظمة ولكن بصفتهم صناع القــرار - وتنطوي على أفعالهم تبعــات أخلاقية وكأعضاء في مهنة مقننة - لا يمكن بأي حال أن يكونوا مجرد أدوات فــي يد المنظمة، فلديهم واجبات - نحو المرضى - مســتقلة عــن واجبات المنظمة أو الأطباء نحو أولئك المرضى، فلا تنحصر واجبات واهتمامات المديرين في المشــكلات مع الإدارة المالية أو جودة الطعام بل تمتد إلى النشاط الإكلينيكي، وفيما يخص المريض، فإن المدير هو ضمير المنظمة ووجدانها.

لا يقيِّــم المديرون غيــر المتخصصين في الطب النشــاطات الإكلينيكية كما يقيِّمها الطبيب. فكما يعتمدون على الخبراء التقنيين في تطوير نظام حاسوبي جديد، أو في إعداد برنامج إداري للحد من الخسارة المالية، فهم يعتمدون على خبراء في التمريض والطب لمســاعدتهم على فهم تلك النشــاطات ومخرجاتها ونتائجهــا. لدى المديرين المتمرســين إلمامٌ واسع بالطب الإكلينيكي، وبشــكل عام، يمكّنهم هذا الإلمام من تحديد وجود المشــكلات، وبغض النظر عن مدى تمكنهم وقدراتهم الإكلينيكية فهم لا يسعون إلى العمل كأطباء ناشــئين، بل يسعون إلى فهم وإدراك ما يفعله الأطباء وما يحتاجون إليه وماذا يريدون. والهدف الرئيسي من سعيهم لفهم النشاط الإكلينيكي هو مساعدة المنظمة على خدمة المرضى بسلامة وفعالية.

تستفيد منظمة الخدمات الصحية أكثر ما تستفيد حينما تكون المشاركة في العمل ثنائية، فمن البديهي أن يتوقع المديرون مساهمة الأطباء في صنع القرار الإداري، وأن يســعوا إلى نشر تلك المساهمة والتوسع فيها، إذ تحقق المستشفيات التي يشارك فيها الأطباء في صنع القرار نتائج أفضل.

مــن أدوار المديريــن المهمة في البيئــة الإكلينيكية ربط المنظمات الرســمية وغير الرســمية، إذ يشير الدليل السردي (anrcdotal) إلى أن التواصل غير الرسمي مفيد بل قد يكون ضرورياً في تحديد المشكلات الإكلينيكية، وأنه عنصرٌ متممٌ مهم للتواصل الرســمي. مهنــة التمريــض بصفة عامة هي مــن أهم الروابط غير الرســمية، لأن الممرضات هن أول من يكتشــف قصور أداء الأطباء، وتفيد المعلومات الواردة منهن في تنبيه نظم التواصل الرســمية، وفي تشكيل النواة لتحقيق واستعلام أوسع وأشمل. لا يمكن اتخاذ إجراءات تأديبية مبنية على أساس الشائعات وعلى المديرين ضمان وجود آلية فعالــة للمتابعة والتقصي إلى جانب المتابعة المعتــادة لبيانات المخرجات والنتائج

الإكلينيكية. على المدير أن يتخذ ما يلزم لحماية المرضى -وبصفته وكيلاً أخلاقياً- لا يمكـن للمدير الأخلاقي الحذر أن يتجاهـل المواقف والظروف التي تعرض المريض أو المنظمة للخطر، ولكن أحياناً ينقلب السحر على الساحر وتأتي النتائج عكس ما يسعى إليه المدير.

نوع مختلف من المخاطرة:

عاد الدكتور سـاجاتيوس إلى مكتبه بعد مقابلة مديرة إدارة المخاطر، وكان منفعلاً جداً فصفق الباب بحدة وراءه قبل أن يتهاوى على كرسـيه، فقد طفح الكيل، وقال لنفسـه أنه لن يتحمل مرةً أخرى، كانت تلك هي القشة التي قصمت ظهر البعير ولن تتمكن الإدارة من التلاعب به وفرض الضغوط مجدداً.

عاد بذاكرته إلى الواقعتين السابقتين في وحدة رعاية الأطفال وتفكر في تشـابههما، وهاهنا الآن واقعة ثالثة يتـورط فيها هذه المرة ممرضةً مختلفـة، فقد أعطـت أحد مرضاه جرعةً مفرطةً من الدواء، ولحسـن الحظ تمكن سـاجاتيوس من التدخل مجـدداً قبل حدوث نتائج وخيمة، ولكـن على الطفل البقاء في المستشـفى بضعة أيام أكثر مما كان ينبغي للتأكد من اسـتقرار حالته، كان الدكتور قد بلّغ عن الواقعتين السابقتين لمشرفة التمريض والآن عليه أن يتخذ إجراءً آخر.

فـي اليوم التالـي للواقعة الثالثـة طلبت مديـرة إدارة المخاطر من سـاجاتيوس أن يوافيها فـي مكتبها، وفيما هو هناك لمـح ملف الطفل الطبـي على طاولة مكتبها، ولاحظ أن مديرة المخاطر قد غيرت سـجل الدواء الذي كان يشير سابقاً إلى جرعة مفرطة، وعندما سألها عن ذلك أجابت أن الأمر غير مهم لأنه لم يصب الطفل أي مكروه، وسألته قائلة: «ولم نزعج ذوي الطفل ونقلقهم بلا مبرر؟» وعندما اعترض ساجاتيوس بـأن ذلك يخلو من النزاهة أصبحت مديرة المخاطر عدوانيةً وذكرته بأن دعوى قضائية بالإهمال تضر جميع من لهم صلة بالمستشـفى بما فيهم الأطباء، الذين سـترفع ضدهم دعاوى لو انتشر خبر الخطأ، وأنذرته ألا يناقش ما حدث مع أحد وخاصةً ذوي الطفل.

قرر ساجاتيوس أن يبلغ ذوي الطفل عن الجرعة الدوائية المفرطة التي تلقاها طفلهما لقناعته بضرورة شرح سبب تنويم الطفل في المستشى تلك

الأيام الإضافية، إضافةً إلى ذلك عليهم أيضا أن يراقبوا الطفل لأي آثار طويلة المدى لما تعرض له، وأن ينشدوا الرعاية الطبية إن لزم الأمر.

تأمل ساجاتيوس في الخيارات المتاحة له وتأكد أن عليه إخبار ذوي الطفل أن يراقبوه عن كثب حتى لو لم يخبرهم عن الجرعة المفرطة ثم استرجع رقم هاتفهما من الحاسب.

يواجه الدكتور ساجاتيوس مشكلتين أخلاقيتين، تتعلق الأولى بمديرة المخاطر، لأنه من الناحية الأخلاقية، واجب ساجاتيوس الأساسي هو حماية مصلحة مرضاه مما يعني أن عليه أن يوفر للوالدين المعلومات التي يحتاجان إليها لمراقبة طفلهما، لأن ذلك يحقق مبدأي الإحسان وعدم الإضرار. ولكن كيف يمكنه إتيان هذا الواجب في ضوء موقف مديرة المخاطر؟ فقد خرقت مبدأ احترام الأشخاص وتحديداً قول الحق، إضافةً إلى ذلك فإنها بحجب القصور الإكلينيكي تمكن نظاماً يخرق مبدأ عدم الإضرار، إضافةً إلى خرق فضائل الأمانة والموثوقية. لا يتماشى هذا التضليل مع الفلسفة المنظمية النمطية المعتادة، كما أنه يعيق التحقيق في كشف منشأ نوع من المشكلات التي يبدو أنها منتشرة.

تتعلق المشكلة الأخلاقية الثانية بمشرفة التمريض التي لم تؤد ما عليها لاجتناب مشكلة خطيرة متكررة في وحدة الأطفال، لا يتفق مثل هذا الإهمال مع مبادىء الإحسان وعدم الإضرار والالتزامات الأخلاقية الواردة في ضوابط الأخلاقيات للممرضات، وساجاتيوس ملزمٌ أخلاقياً بالتبليغ عن مشكلة قصورالجودة المستمرة لمستويات إدارية وقيادية أعلى خلال هرمية الهيئة التمريضية والطبية أو من خلال سبل أخرى ملائمة.

يندر تزييف الملفات الطبية رغم إن الطبيعة البشرية تميل إلى إخفاء المشكلات. تنهمك عادةً التزامات المدير الأخلاقية في الأبعاد القانونية للمشكلة، على الرغم أنه في هذه الحالة، كانت أفعال مديرة قسم المخاطر مخلةً بالقانون. ينتج عن ذلك أن يصبح المريض هو الخصم بحيث يتبنى من في المنظمة موقفاً دفاعياً. يستشعر المرضى وأسرهم ذلك مما يحثهم ويدفع بهم إلى التشبث بالمطالبة بالمزيد من التفسير والتوضيح، أو السعي إلى كلمة طيبة أو حتى إلى المطالبة بالاعتذار والأسف. يدرك المرضى وأسرهم إمكانية واحتمال حدوث الأخطاء، ويتضح تكراراً عدم احتمال اتخاذهم إجراءات قانونية لو تبين لهم أنهم عوملوا بإنصاف وأنه تم اتخاذ كل ما

يمكـــن لتخفيف وطأة الخطـــأ الذي وقع. ولكن ما يزعج المرضى وأهاليهم ولا يمكنهم تفهمـــه ويرفضون تقبله مطلقاً هـــو الخداع والفتور واللامبـــالاة. إن إخفاء الحقائق عـــن المرضى وأهاليهم والكذب عليهم يغضبهم ويثيرهـــم، ويزيد -كثيراً- احتمال رفع القضايا القانونية من قبل المرضى الغاضبين. تدعم هذه الحجة المنفعية أيضاً اتخاذ مســـار الصدق والأمانة مع المرضى المتضررين وذويهم، وهو المســـار المفضل أخلاقياً رغم صعوبته. وقد تبين نجاح اتخاذ ذلك المسار في بعض المواقف والظروف[٤].

تتميـــز من الناحية الأخلاقية تلك المنظمات التي تقر بأخطائها والتي تســـعى إلى تصحيـــح الأوضاع، كما تتميز أيضاً من الناحية القانونية ولو بشـــكل محدود عن تلك المنظمـــات التي تفضـــل المواجهة والصراع إلـــى النهاية. وبهذا الصـــدد من الجدير ملاحظـــة أن الاعتـــراف بالخطأ وتحمل المســـؤولية الناجمة عنـــه أو حتى الاعتراف بالإهمـــال والتفريط لا يعـــد كالاعتراف بالالتزامات والغـــرم (liability). إذ يتطلب الحكـــم بالغرم وجود الإهمال (وهو الانحراف عن معايير الرعاية) والإصابة (وهوأذى المريض والإضرار به) والســـبب المباشـــر (أي أن يكون الأذى قد نتج عن الانحراف عن معاييـــر الرعايـــة). وعلى المدعي لازمـــة برهان جميع تلك العناصـــر، إذ يلزم إثبات العلاقة السببية حتى عند الإقرار بالإهمال.

منذ تســـعينيات القرن الماضي قرر عددٌ من المنظمات أن أهمية واجبهم الأخلاقي -القاضي بالإفصاح عن الأخطاء العلاجيـــة- يتجاوز خطورة احتمال اتخاذ إجراءات قضائيـــة بحقهم. بعد العمل على تقليص التبعـــات والنتائج الإكلينيكية للخطأ أفادوا المرضى (وأســـرهم حســـب الحالة) بالخطأ الذي وقع ولماذا حدث، ثم قدموا الاعتذار عن ذلك، وسعوا نحو حل منصف للآثار الطبية والاقتصادية الناجمة عن الخطأ، وقد لا يستدعي ذلك بالضرورة مقايضات مالية.

تلقى أسلوب تبني الصدق والأمانة مع المرضى دفعةً ونشاطاً في عام (٢٠٠١م) عندما عدلت الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية The Joint Commission (on Accreditation of Healthcare Organizations (الهيئـــة المشـــتركة) معاييرهـــا لســـلامة المرضى ولتخفيض الأخطاء الطبيـــة وأخطاء الرعاية الصحية. يفرض ذلك التغيير إبلاغ المرضى وأســـرهم بالمخرجات والنتائج غير المتوقعة للرعاية بما في ذلك الناتجـــة عن الأخطاء الطبيـــة. وتم تعريف الخطأ الطبي بأنـــه "عملٌ غير مقصود، ســـواءً القيام بعمل لا يفترض القيام به أو عدم القيام بعمل يجب القيام به، أو عمل لا يحقـــق مخرجاته المراد تحقيقها". تتناول الهيئة المشـــتركة قضية الخطأ الطبي من خلال فرض "ضرورة إبلاغ المرضى وأسرهم عن مخرجات الرعاية والعلاج والخدمات

بما في ذلك المخرجات غير المتوقع حدوثها.[٤] يقوم الممارس المرخص المسؤول أو من يفوضه[٥] بتوفير هذه المعلومات للمريض. قد ينطوي الاعتراف بالأخطاء الطبية بأمانة على أضرار وكذلك مصالح محتملة لكل من المريض والممارس[٦].

يشترك جميع أعضاء المنظمة في مسؤولية التدقيق والتحقق من الخدمات المقدمة واتخاذ الإجراءات اللازمة. فإن تم اعتبار ذلك بمثابة «الوشاية بأحدهم» أو «التجسس» يشير ذلك إلى أن بيئة المنظمة وثقافتها في حاجة ماسة إلى التغيير. بل يجب أن يكون تحديد المشكلات وتعريفها والتوقف على أبعادها جزءاً مهماً من بيئة المنظمة وثقافتها ويجب أن يلتزم الجميع بتصحيحها فور التعرف عليها وتحديدها.

يلغي هذا النوع من بيئة المنظمة وثقافتها ضرورة التبليغ عن الأخطاء (Whistle Blowing) والمخالفات أو الوشاية بحدوثها، ولا يمكن اعتبار مثل هذه الشفافية في التبليغ عن المشكلات أمراً سلبياً غير مرغوب فيه؛ إلا إن أمكن تناسي وتجاهل الأهداف التي من أجلها أنشئت المنظمة أساساً والظروف والعوامل التي دفعت العاملين فيها إلى اختيار العمل في هذا الحقل. إذ تتواجد المنظمة ومنسوبوها من أجل تعزيز مصلحة المرضى وخدمتهم، وعلى المنظمة ومديريها -عند حدوث مشكلات أو قصور في تقديم الخدمات- العمل على تقليص الخسارة والأذى وعمل ما يمكن لضمان سلامة المريض، وعلى المدير أن يلتزم بتقليص تكرار المشكلات أو القضاء عليه نهائياً.

التبليغ عن الأخطاء والمخالفات (Whistle Blowing):

يقع التبليغ عن الأخطاء والمخالفات عندما يكشف الموظف معلومات تتعلق بنشاط غير قانوني أوغير كفء أوتبذيري يهدد صحة أو سلامة أو حرية الجمهور[٧]. يتسع هذا التعريف ليشمل الإفشاء عن سوء الإدارة بما في ذلك الإهمال وسوء استخدام السلطة وارتكاب المحظورات. يركز العديد من الحوارات المعاصرة حول التبليغ عن الأخطاء فقط على النصب والاحتيال والتلاعب أو النشاطات الأخرى غير القانونية حسب القانون المحلي (قانون الولاية) والفدرالي، إلا أننا هنا نستخدم التعريف الشامل.

يؤثر التبليغ عن الأخطاء في القطاعين الخاص والعام ويشمل الإفصاح عن معلومات من داخل وخارج المنظمة، وبصفة عامة من الأرجح أن يعد التبليغ عن الأخطاء داخلياً إيجابياً لأن المنظمة يتاح لها فرصة تصحيح الخطأ، أما التبليغ عن الأخطاء خارجياً فيحدث عادةً بعد ثبوت فشل التبليغ الداخلي، وقد يكون له آثارٌ سلبيةٌ كبيرة على المنظمة. ومن الأرجح أن ترتبط درجة ردة فعل المديرين السلبية بمستوى الحرج

والتهديد، - حقيقياً كان أو متخيلاً - الذي يواجه المدير والمنظمة. ويقع التبليغ عن الأخطاء بسبب نشاطات كل من الأفراد والمنظمة.

من الأمثلة التي يعرفها العديد من مديري الخدمات الصحية هو تلك المنظمة التي تضم موظفاً إدارياً أو إكلينيكياً يعلم الجميع بعدم أهليته أو عجزه - عدا بالطبع أولئك الذين خارج المنظمة - ورغم تلك المعرفة داخل المنظمة لا يتم عمل شيء بصدده، إذ تحد ثقافة المنظمة من العمل ضد من أصبح عضواً فيها، كما أن عدم وجود الدعم الكافي لمعالجة المشكلة والخوف من العواقب مما يرفع تكلفة اتخاذ أي إجراء، وبالتالي تستمر المشكلة حتى وقوع كارثة أو يتفاقم الوضع بحيث يتجاوز الحد الأقصى لتحمل المديرين والموظفين مما يرغمهم على إتخاذ إجراء ما. أكثر المحفزات تأثيراً هو الخوف من الفضيحة العلنية وما قد ينتج عنها من إحراج أو إجراءات تأديبية. لا ينبثق هذا الخوف من المقومات الأخلاقية التي تدفع إلى عمل ما لأنه هو ما يجب و ينبغي عمله.

ينتج عن التبليغ عن الأخطاء ثلاثة أنواع من النشاطات هي: المحظور القانوني الواضح، والمحظور القانوني المحتمل أوالخطورة، وثالثاً السياسات الاجتماعية للمنظمة[٨].

يحدث المحظور القانوني الواضح عندما يتم انتهاك القانون بدراية ومعرفة، وتشمل الأمثلة على ذلك تزييف المعلومات المبلغة للحكومة، ورشوة المراقبين، والتبرعات غير القانونية للحملات الانتخابية، وتزييف التفتيشات، وتعمد انتهاك قوانين العمل، والتمييز في التوظيف على أساس العرق أو الجنس، وكذلك التخلص من المخلفات الخطيرة بطريقة خاطئة[٩] .

والنوع الثاني من النشاط الذي يتأثر بالتبليغ عن الأخطاء فيتعلق بمحظور قانوني محتمل أو خطورة ما. يوفر الكم المتنامي من الأنظمة الصادرة - والقوانين السابقة - الحماية لصحة الموظفين وسلامة المرضى والصحة العامة والبيئة، بالإضافة إلى ذلك فإن المديرين والموظفين هم الوكلاء الأخلاقيون الملزمون باتخاذ الإجراءات عند وجود ما يقنعهم بأن المرضى عرضةٌ للخطر بغض النظر عن المتطلبات الأخرى، ففي معظم الحالات -التي يقع فيها التبليغ عن الأخطاء أو تلك التي ينبغي أن يقع فيها- يعمل المبلغ على أساس أن ممارسةً ما - أو إجراءً ما أو نتيجةً ما - لا تتوافق مع معيار محدد، أو أنها تعرض المريض للخطر بدون مبرر لذلك.» يجب على الإدارة العاملة

في أي منشـــأة تدار جيداً، أن تعنى جدياً بمثل تلك التجاوزات والانتهاكات وأن ترحب بأي تحذيرات من موظفيها"[10].

أمــا النوع الثالث من النشــاط الذي يتأثر بالتبليغ عن الأخطاء فيتعلق بالسياســة الاجتماعية للمنظمة. فقد يولي أحد الموظفين اهتماماً بأخلاقيات سياســة إدارية ما وتأثيراتهــا على المرضى والمجتمع. فقد يعتقد أحد الموظفين -على ســبيل المثال- أن صافي الدخل لمنظمة خدمات رعاية صحية غير ربحية مبالغٌ فيه، أو أنه ينفَق بطريقة غيــر ملائمة، وأن القليــل منه ينفَق على رعاية المعوزين. مــن الأرجح أن تحمي بنود الذمة ضمن التشريعات المحلية والفيدرالية في الدستور الأمريكي من يقوم بالإفصاح عن الأمور والإعلان عنها، أو رفض المشاركة في مثل تلك النشاطات، لو استدعى الأمر أمراً قضائياً محلياً، وبافتراض أن السياســة قانونيةٌ بحد ذاتها، فإن اعتراض الموظف يثيــر قضيتين هما: حق الموظف في حرية التعبير ومســؤوليته كوكيل أخلاقي. يحق للموظفين جميع حقوق حرية التعبير التي يحميها الدســتور لهم كما يحق للأشخاص الآخريــن، إضافةً إلى ذلك، بصفتهــم وكلاء أخلاقيين، يملي عليهم واجبهم الأخلاقي ضرورة التعبير والإفصاح عندما يتضح احتمال أن تؤثر السياســات أو الأفعال ســلباً على المرضى أو المجتمع. وينشــأ الخلاف عادةً عندما يمارس الموظف حقه في حرية التعبيــر، أو واجــب الوكالة الأخلاقية بالتعبير والاعتراض علناً على سياســة نظامية قانونية للمنظمة، مما يخل بسمعتها ويزحزح مكانتها في السوق[11].

تخلــق منظمات الخدمــات الصحية المفارقــة والتناقض عندما تشــجع المديرين والموظفــين على العمل بمســؤولية في جميــع المواقف بدون إحــداث إرباك أو عرقلة بــلا داع. عندما تعمل المنظمة أو موظفون فيهــا خارج نطاق القانون، أو بلا كفاءة أو بإسراف، يُتوقع من الموظفين الآخرين إظهار الولاء بعدم التعبير والإفصاح عما يحدث. يصعــب حل ذلك التناقض مع تزايد تنافس المنظمات لأنه يطلب من الموظفين التعامل بحزم مع المنافسين الخارجيين والتعامل بلين ولطف في الأمورالداخلية.

توجد أحد الأبعــاد المهمة للتبليغ عن الأخطاء في القانون الفدرالي، ففي العام (١٩٦٦م) عدل الكونغرس قانون الدعاوى الباطلة (False claims law) الذي سُــنَّ أساساً خلال الحرب الأهلية للحد من الاحتيال في التعاقدات الفيدرالية، فأضافت التعديلات مجالات مهمة لحماية ومكافأة الأشــخاص الذين يبلغون عن الأخطاء، وهم الذين يعرفون بمسمى رواة الدعاوى القضائية التي يرفعونها بقضايا «كي تام» (qui tam actions) وهو مصطلحٌ قانوني لاتيني يعني "من يســعى من أجل الملك كمن

يسعى من أجل نفسه أيضاً". يحمي القانون هؤلاء الرواة من الفصل التعسفي ويسمح لهم بالعودة إلى مراكزهم السابقة مع الأقدمية، وضعف الراتب المقتطع والتعويض عن المعاملة التمييزية[١٢]. بعد أن يرفع الرواة قضيةً تحفظ لمدة ستين يوماً فيما تقرر وزارة العدل الأمريكية (US Department of Justice) ما إذا كانت ستتدخل فيها، فإن لم تتدخل وزارة العدل بإستطاعة المُبلِّغ أن يستمر في دعواه منفرداً، وإن تم له النجاح في قضيته فقد يتلقى المبلغ عن الخطأ الذي قام بدور الراوي بنجاح من ١٥٪ إلى ٣٠٪ من التعويضات والغرامات المفروضة وذلك بعد مضاعفتها مرتين أو ثلاث مرات[١٣]. تتيح المبالغ الطائلة - المنفقة على برنامجي مديكير ومديكيد الفيدرالية (لرعاية المسنين والمعوزين)، إضافةً إلى البرامج الفيدرالية للرعاية الصحية والبرامج المتعلقة بالرعاية الصحية الأخرى - مجالاً واسعاً للاحتيال، ولذلك تقام العديد من قضايا «كي تام» في قطاع الخدمات الصحية. وتم منذ عام (١٩٨٦م) استعادة أكثر من (٢٧) بليون دولار، كما تمت في السنة المالية ٢٠١٠م استعادة (٢،٥) بليون دولار من أصل ثلاثة بلايين من أعمال احتيالية في الرعاية الصحية[١٤]. وتتمم قوانين الولاية المحلية قانون الدعاوى الباطلة الفدرالي.

أمثلة على التبليغ عن الخطأ:

من المهم أن نأخذ في الاعتبار- عند تدارس مثل هذه القضايا- أن الموظفين والمديرين هم وكلاء أخلاقيون، ويملي عليهم واجبهم الأخلاقي ضرورة التعبير والإفصاح عندما يتضح أن السياسات والأفعال قد تؤثرسلباً في المرضى والمجتمع، وهذا صحيحٌ بغض النظر عن الاعتبارات والمتطلبات الأخرى، كالقانون مثلاً.

ما أحلاها:

انضمت الدكتورة أ. غريس بيرس إلى الهيئة البحثية في شركة أورثو الدوائية في عام (١٩٧١م). وفي عام (١٩٧٥م) كانت عضوةً في الفريق الذي يقوم بتطوير وصفة علاجية تعرف بالاسم العام لها (لوبيرامايد) وقد استخدم هذاالعقار في علاج نزلات الإسهال الحادة والمزمنة لدى الرضع والأطفال والبالغين، وقد استخدم الساكارين لإخفاء طعمه المر وجعله مستساغاً.

واتفق الفريق البحثي على أن التركيبة غير مناسبة لأنها تتجاوز بكثير حدود كميات الساكارين المقبولة التي حددتها إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA)، وتم إفادة

الإدارة بذلــك، إلا أنها قررت رغم ذلك طلب تســجيله كعقار جديــد لدى هيئة الغذاء والدواء. استمر أعضاء الفريق في تطوير العقار باستثناء الدكتورة بيرس التي رفضت، ومع أنه عرض عليها العمل في مشاريع أخرى دون خفض مرتبها فقد قررت الاستقالة معتقدةً أن رفضها العمل على تطوير العقار قد مس بمكانتها المهنية لدى الشركة.

لاحقاً لجأت الدكتورة إلى القضاء مدعيةً الفصل التعســفي، حيث حكمت المحكمة العليا في نيو جيرزي أن شــركة أورثو لم تعمل خارج الإطار القانوني وأنه لا أســاس لدعوى المدعية[١٥].

وضعت المحكمة وزناً كبيراً لعدم وجود خطر يهدد الجمهور، وحكمت أن أخلاقيات القسم الأبوقراطي لا تضم تشريعاً واضحاً حول السياسة العامة التي كانت تحول دون استمرار الدكتورة بيرس في إجراء بحوثها، وقد حدثت حالاتٌ مشابهة لهذه الحالة في منظمات تقديم الخدمات الصحية.

ما هي إلا مجرد أشعة (س).

كانت فرانسيس أوسوليفان فنية أشعة تعمل لدى عدد من أخصائيي الأشــعة وأحد المستشــفيات. وقد رفعت قضية نقــض عقد التوظيف بعــد فصلها من العمل، فقــد ادعت فصلها من العمــل لرفضها إجراء قسطرة، وهو إجراءٌ لم تتدرب على أدائه. لم يكن باستطاعة أوسوليفان أداء القســطرة قانونياً في ولاية نيوجيرزي، حيث لا يمكن أن يؤدي هذا الإجراء إلا ممرضين أو أطباء مرخصين. كانت تلك القضية اســتثنائيةً لأنــه طلب من المدعية القيام بعمل غير قانوني. ورفضت المحكمة العليا طلباً من المستشفى والأطباء المدعى عليهم بنبذ القضية[١٦].

يعني رفض المحكمة طلب حذف تلك القضية أن لأوسوليفان حق المطالبة بالمحاكمة وفق استحقاقات القضية، ولا يوجد ما يشير إلى أن تلك المحاكمة قد أقيمت فعلاً، بل يمكن افتراض التوصل إلى تســوية قبل المحاكمــة، في ضوء عدم قانونية ما طلب من أوسوليفان القيام به، فقد تصرفت كما ينبغي.

لا تنطق الآن وكف شرك إلى الأبد.

كانت ليندا رافيرتي ممرضةً نفســيةً في أحد المرافق التابعة لحكومة الولاية حيث كانت الظروف مروعة. شــمل ســوء المعاملة -الذي ادعت

رافيرتي أنها شهدته- فشل الموظفين في حماية المرضى من الاعتداءات الجنسية من المرضى الآخرين، وكذلك من استغلالهم جنسياً من قبل موظفين من خارج المرفق، إضافة إلى توفير رعاية طبية غير نفسية لا تلائم المرضى، والسماح للمرضى بالاحتفاظ بالأدوية في غرفهم، وإغلاق طفايات الحريق، وترك نماذج وصفات طبية فارغة بعد أن وقعها الأطباء في أدراج غير مغلقة، لكي تصرفها الممرضات خلال عطلة نهاية الأسبوع، وأيضاً التغيب المزمن لطاقم المستشفى الطبي عن العمل. تذمرت رافيرتي تكراراً لرؤسائها ولكنها استقالت في النهاية عندما لم تؤد احتجاجاتها إلى أي تغيير.

تم توظيفها في مرفق آخر هو مركز المجتمع للصحة العقلية كمشرفة على التمريض. قبل أن تبدأ العمل أجرت مقابلةً مع إحدى صحف فيلادلفيا، انتقدت فيها بحدة طريقة التعامل في مرفق الولاية، وفي صباح اليوم التالي لنشر المقالة فُصلت من مركزها الجديد «لأن أعضاء فريق العمل تضايقوا من المقالة»، ولم تُذكر أسبابٌ أخرى لفصلها حتى المحاكمة؛ حيث ادعى مركز المجتمع للصحة العقلية أن أداءها للعمل منقوصٌ إضافةً إلى السبب السابق.

رفعت رافيرتي دعوى قضائية تدعي فيها حرمانها من حقوقها الدستورية، وقضت المحكمة بإعادتها إلى وظيفتها وحكمت لها بأكثر من (٣٠٠٠) دولار عن مرتبات مقتطعة[١٧].

نتجت قضايا التبليغ عن الأخطاء تلك عن أحكام قضائية، مما يجعلها معلومات عامة متاحة للجمهور. تتراكم أنواع وأعداد حالات التبليغ عن الأخطاء في كم غفير متناهي الأطراف، وقد تم فصل بعض كبار الإداريين في المركز الطبي التابع لجامعة كاليفورنيا في إرفاين لأنه يُزعم أنهم ثأروا من موظفين قاموا بالتبليغ عن سوء سلوك الأطباء في عيادة الخصوبة التابعة للمركز. فقد أشار المبلغون عن الأخطاء أن الأطباء كانوا يقومون بزرع البويضات والأجنة في المرضى دون الحصول على إذن وموافقة المتبرعين، وقد دعم تحقيقٌ داخلي مزاعم المبلغين عن الخطأ، وتبين كذلك أن إدارة المركز الطبي وأطباء العيادة أساؤوا معاملتهم بعد التبليغ عن الخطأ الواقع وتم فصلهم لاحقاً[١٨]. كما ادعت قضيةٌ أخرى للتبليغ عن الخطأ أن (١٣٢) من مستشفيات مركز الأبحاث تآمرت لترميز الإجراءات بطريقة خاطئة عمداً وتلاعبت بملفات المرضى من أجل الحصول على بليون

دولار من التعويضات الفدرالية لاستخدام الأجهزة والمعدات الاستقصائية التي لا تغطي تكلفتها أدلة مديكيد ومديكير، وقد جادلت المستشفيات أن التعويض بواسطة المجموعات المرتبطة تشخيصياً (DRG) يتم وفق التشخيص لا بالمنتجات والمستلزمات المستخدمة بغض النظر عن المعالجة، وتشير الوقائع أن هذه هي قضية "كي تام" تم رفعها تحت قانون الدعاوى الباطلة (False claims law) الفدرالي[١٩].

حدث مثال على «كي تام» في أحد مستشفيات المجتمع في مدينة باينفيل بولاية كنتاكي، حيث وجد طبيبٌ جديد أن عدداً من زملائه الأطباء لم يكونوا يسجلون التاريخ المرضي لمرضاهم، أو نتائج الفحص العام، أو الخدمات الأخرى المدرجة في ملفات المرضى. إذ قام موظفو الملفات الطبية بالمستشفى بكتابة التاريخ المرضي ونتائج الفحص العام على أساس معلومات مستقاة من الملف الطبي، وأحياناً من خلال إجراء مقابلات مع المرضى. تم استخدام الوثيقة التي أعدَّها هؤلاء الموظفون لإعداد حسابات وفوترة برنامج مديكير، وعند خروج المرضى استخدم الموظفون الملف الطبي لإعداد تقريرملخص الخروج الذي يتم ختمه بتوقيع الطبيب ويستخدمه مكتب الطبيب لمحاسبة مديكير على فحص الخروج والخطة العلاجية للمريض. بعد فشل جهود متكررة لمحاولة تغيير هذا الإجراء رفع الطبيب قضية «كي تام»، سوى المستشفى القضية مقابل دفع ٢،٣ مليون دولار حيث تولى كل طبيب دفع مبلغ مئة ألف دولار. لو تم فرض العقوبة والتعويضات القصوى لتجاوزت ٣١ مليون دولار. يُزعم أن إدارة المستشفى عملت على إعاقة الجهود الهادفة إلى إنهاء تلك الممارسات الاحتيالية، ولم يُستغرب أن الكثيرين في المستشفى والمجتمع رأوا أن المبلغ عن الخطأ كان هو المشكلة[٢٠].

تشكل قضايا «كي تام» سلسلةً مترابطةً متكاملة: إذ وافقت شركة (تاب) الصيدلانية على دفع قرابة (٦٠٠) مليون دولار من أجل ادعاءات برشاوى وعمولات للأطباء ومطالبات باطلة لبرنامج مديكير لعلاج مرضى البرنامج المسنين. كما دفعت شركة بيفرلي للرعاية الطبية (١٧٥) مليون دولار لتسوية ادعاءات بأن موظفي دور رعاية المسنين التابعة لها كانوا يبالغون في المطالبات المتعلقة بعدد أيام إقامة مرضى مديكير[٢١] في المنظمة الصحية. كما وافقت مستشفيات ماك آلين في ولاية تكساس على دفع (٢٧,٥) مليون دولار للحكومة لتسوية ادعاءات بأنها انتهكت قانون الدعاوى الباطلة، وتشريع مكافحة العمولات، وقانون ستارك (الذي ينظم إحالات الأطباء الذاتية لمرضى مديكيد ومديكير) بين عامي (١٩٩٩م) و(٢٠٠٦م) وذلك بدفع تعويضات غير قانونية للأطباء لتحفيزهم على إحالة المرضى إلى مستشفياتها[٢٢]. دفع مركز سانت جوزيف

الطبي في مدينة تاوسون بولاية مريلاند (٢٢) مليون دولار لتسوية ادعاءات فدرالية بأنه شارك في مكيدة عمولات دامت عقداً من الزمان تورط فيها أخصائيو القلب الذين زُعم أنهم أجروا عمليات غير لازمة[٢٣].

تبرز حالات كهذه القضايا الثلاث المهمة المرتبطة بالتبليغ عن الخطأ كمشكلة أخلاقية في منظمات الخدمات الصحية. الأولى هي مسؤولية الموظفين ومحاسبتهم؛ وهي أمر ينطبق على جميع الموظفين، المديرين منهم وغير المديرين. والثانية هي الممارسة العادلة؛ من أجل تشجيع المسؤولية والمحاسبية لا بد من احترام وتطبيق الإجراءات القانونية لحماية الموظفين- سواء كانت القضايا من نوع «كي تام» أو أنواع أخرى- الذين يعدون أنفسهم وكلاء أخلاقيين، والذين يتحلون بالشجاعة التي تدفعهم إلى قول الحق. يلزم تطبيق الإجراءات القانونية المتعلقة بإجراءات تأديب الموظفين (في كل من الناحية الإجرائية والمادية) سواءً تنطبق الحماية الدستورية المحلية أو الفدرالية على المنظمة أو لا تنطبق. إذ يؤدي الخضوع إلى هذه المتطلبات إلى تشجيع الآخرين على العمل عندما ينبغي عليهم ذلك. لا بد من تطوير أساليب لموازنة (واجب الفرد نحو رب عمله) مع (واجبه نحو المجتمع والجمهور)، وقد تكون هناك صعوبةٌ في ذلك لأن «العديد من الحقوق والامتيازات... التي تحتل أهميةً كبرى في المجتمع الحر بحيث يحميها الدستور... هي معرضةٌ لسوء الاستخدام من خلال نفوذ رب العمل.[٢٤] أما القضية الثالثة هنا فتنطوي على كيفية تشجيع الموظفين على قول الحق و التعبير عما يجول بخواطرهم بطريقة ملائمة، بحيث يفون بواجبهم المستقل نحو المريض بدون أن يفسدوا علاقات التعاون والثقة الضرورية القائمة ضمن المنظمة وبينهم وبين مجتمعاتهم.

الجوانب السلبية للتبليغ عن الخطأ:

تشوب عدة جوانب سلبية كل ما هو إيجابي في التبليغ عن الخطأ من أهمها: أنه من الصعب تحديد دقة اتهامات التبليغ عن الخطأ، فقد يخطئ المبلغون عن الخطأ فيما يدعون أنه حقائق سوء الإدارة، ويكمن الخطر هنا عندما يصبح موظفون - غير أكفاء أو غير مؤهلين - مبلغين عن الخطأ لتفادي مواجهة إجراءات تأديبية مبررة. وقد يقوم الموظفون بالتبليغ عن الخطأ بطرق مخلة بالنظام ومربكة لا يمكن تقبلها، بغض النظر عن أهلية اعتراضهم وأحقيته. وقد لا يعترض بعض المبلغين عن الخطأ على تجاوزات غير قانونية، أو ممارسات غير آمنة، بل على سياسات اجتماعية تتبناها

الإدارة، قــد يــرى الموظفون عدم حكمــة اتباعها أو أنها لا أخلاقيــة. غالباً ما تكون التعريفــات القانونية لما هو منتــجٌ آمن - أو خطر على الصحــة، أو معاملة الموظفين بطريقــة غير ملائمة - مبهمةُ وغير واضحة تمامــاً. وقد يعيق تكوين حقوق قانونية لنظم المراجعة المعارضة والمجازة قانونياً كفاءة ومرونة إدارة الموارد البشــرية. إذ قد تتحقق المخاطر التي تواجه الاستقلالية المرغوبة للقطاع الخاص، لأن مراجعة ادعاءات المبلغ عن الخطأ ســتؤدي إلى توســع دور الحكومة وتوغله إلى عمق سياســات العمل الداخلية[٢٥].

مسارات العمل:

من الناحية الأخلاقية، يلتزم المديرون الذين لديهم السلطة لعلاج المشكلات بعلاجها، إذ إن لم يعمل الأشــخاص -الذين في مراكز السلطة- فهناك بدائل تتوافق مع واجب الــولاء الذي يلتزم به المديرون والموظفون نحــو المنظمة، حتى لو أدت تلك البدائل في آخــر الأمر إلى الإفصاح العام بالمعلومات (Public Disclosure). من الملائم أخلاقياً اتخاذ إجراء مبكر، ولو أدى ذلك إلى إحراج المنظمة، ويفضل ذلك على انتظار حدوث المزيد من الفســاد وما يأتي معه من زيادة احتمال تعرض الآخرين -وكذلك المنظمة- إلــى الأذى والخطر. ترتبط البدائل بأنواع أخرى مختلفة من التبليغ عن الخطأ، ومن المؤســف أن للتبليــغ عن الخطأ مفاهيم ضمنية ســلبية لدى الكثيرين، إذ يشــير إلى عدم الولاء للمجموعة إن لم يكن للمنظمة ككل، ويعد المبلغ عن الخطأ واشــياً بل خائناً أحياناً. وهذا توجه واعتقاد خاطئ فاســد؛ إذ كيف يمكن -على ســبيل المثال- اعتبار أحدهم خائناً بتبليغ الإدارة العليا عن ســلوك أو تصرف غير قانوني أو غير كفء قد يعرض صحة المرضى والموظفين للخطر؟ إن خلق ثقافة -تجعل التبليغ عن الخطأ غير ضروري- يشكل تحدياً رئيسياً للإدارة. والخطوة الأساسية الأولى نحو ذلك هي خلق بيئة خالية من مخاطرة حصول الانتقام والعقاب بحق أولئك الذين لديهم الاســتعداد للتبليغ عن الخطأ (أي التبليغ عن الخطأ داخلياً).

ينطــوي أحد أنواع التبليغ عــن الخطأ على تحفيز العمل واتخــاذ الإجراءات من خلال التقدم إلى الأشــخاص في مراكز السلطة مباشرةً. كما أن العمل مع أشخاص يشتركون في الفكر والتوجه -وجمع الحلفاء وزيادة القوة بالكثرة- يحفز ويعزز ضرورة اتخــاذ الإجراءات والخطوات اللازمة، لأنه في بيئــة يكتنفها الخوف والتردد لابد من التواصل مع من لديهم القدرة على تصحيح الوضع لتحقيق النتائج المرجوة.

من الضروري تغيير البيئـة الموجودة عادةً في المنظمات- ذلك التوجه المتمركز في نظرة الفوز والخسـارة نحو التبليـغ عن الخطأ- لأن التبليغ المسـؤول ينفع الموظفين وأرباب العمل والأهم من ذلك أنه ينفع المرضى. كما يشير بومان وأليسون ولوكهارت[٢٦]، «توجيه الجهود التصحيحية نحو المبلغين عن الخطأ عوضاً عن السياسـة أو الممارسة التـي يحتجون عليها لن يغير الظروف التي تجعـل التبليغ عن الخطأ ضرورياً». كما أشرنا أعلاه، كان هذا التوجه منتشراً وعاماً في باينفيل.

موضع التبليغ عن الخطأ:

ابتدعت الشركات التجارية الريادية برامج «محقق الشكاوى» (Ombudsman) التي يتلقى فيها شخص منفرد جميع شكاوى الموظفين ويتحقق منها ويرد عليها. ومثل تلك البرامج في غاية الأهمية للموظفين الذين يعتقدون بحدوث سلوك غير قانوني أو غير ملائم. تقبع المشكلة في افتقار المحقق إلى السلطة لحل المشكلات في إدارات خطوط الإنتـاج (line departments)، وقد لا يخول المحقق في التعامل مع الإدارة العليا؛ التي قد يعمل بعض أعضائها على تعزيز وترويج نشـاطات غير قانونية، أو غير لائقة، من أجل مصلحة المنظمة[٢٧].

حتـى عندما يحمي القانون الموظفين، كما هـو الحال في التوظيف الفدرالي، فهم يخشـون الانتقام. وجـدت هيئة حماية نظم الاسـتحقاق الأمريكيـة (U.S. Merit Systems Protection Board) أن (٥٠٪) من الموظفين الذين علموا مباشرةً بنشاطات غير قانونية أو بالهدر في الحكومة الفدرالية فشلوا في التبليغ عنها، ولم تقدّر الإدارة سـوى (١٣٪) من المبلغين عـن الخطأ على فعل الصواب، وأفاد (٧١٪) أن المشـرفين عليهـم أو الإدارة العليا اسـتاؤوا ممـا فعلوه من تبليغ. كما أفـاد (٣٧٪) من المبلغين أنهم تعرضوا للتهديد بالانتقام، شـمل ذلك تقارير الكفاءة المتدنية، ومقاطعة زملائهم ومديريهـم لهـم، إضافة إلى التعدي بألفـاظ نابية وترهيبهم[٢٨]. وقـد تم تأكيد هذه النتائج بواسـطة مسـح لاحق بين أن (٢٥٪) من الموظفين كانـوا على يقين أن الجهة الحكومية التي يعملون لديها لن تحميهم من الانتقام من تبليغهم عن الخطأ[٢٩]. وبينت الدراسـات -حول التبليغ عن الخطأ في القطاع الخاص- نتائج مماثلة. فعلى سـبيل المثال، لم يبلغ نصف محاسبي الإدارة الذين شهدوا تجاوزات ومخالفات عنها[٣٠].

استشارات المدخل.

طلبت إحدى الممرضات من استشـاري أخلاقـي لإحدى دور رعاية المسنين الكبيرة مناقشة مشكلة تتعلق بأحد الأطباء، والذي يقيم عددٌ من مرضاه في هـذا المرفق. قالت الممرضة أن لديها معضلةً أخلاقية، ولم تكن متأكدةً مما ينبغي عمله، واستمرت في وصفها لكيفية قيام الطبيب بالنظر إلى غرف مرضاه من المدخل بصورة روتينية، ثم يدخل ملاحظاته في ملف المريض مشـيراً إلى أنه قام بمعاينته وفحصه سريرياً. وقالت الممرضة إنها سمعت عن الأطباء الذين يقومون بالمرور على صالة الطعام وإلقـاء نظرة عامة عليها خلال الوجبات، ومن ثمَّ إدخال ملاحظاتهم في ملفات المرضى مؤكدين قيامهم بمعاينتهم وفحصهم سـريرياً. وقالت إن تلك الممارسة أسوأ بقليل مما رأت، بل قالت إن أحد المريضات سألت إذا ما كان طبيبها سيحضر للكشف عليها لأن لديها بعض الأسئلة له. "ماذا يجب علي أن أفعل؟" سألت الممرضة.

بغض النظر عن قضايا جودة الرعاية، فالطبيب يتصرف بطريقة غير أخلاقية، ولو أنـه طالب بالدفع مقابل تلك «المراجعات» فهو يقتـرف الاحتيال، وهذا يجعله عرضةً للملاحقة القضائية وعقوبات أخرى.

تتطلـب ضوابط التمريض الأخلاقيـة والأخلاقيات الشـخصية التي أبدتها هذه الممرضـة أن تقوم بالتبليغ عما يقلقهـا ضمن هرمية الإدارة التمريضية، أي أن تصبح مبلغـةً داخليـة عن الخطأ. ولو لم يتم أي إجراء بهـذا الصدد عليها عندئذ أن تأخذ بعين الاعتبار التبليغ الخارجي عن الخطأ، أو أن ترفع قضية «كي تام» إذا كان لبرامج الولاية وبرامج الرعاية الفيدرالية علاقةٌ بالأمر.

ثقافة المنظمة:

إن إختيار عبارة «التبليغ عن الخطأ» (Whistle-blowing) هو تعبيرٌ خاطئ ويؤسف له؛ إذ تشـير في السياق التاريخي إلى ضابط شرطة استخدم صافرته لإيقاف نشاط إجرامي وليسـتدعي الدعم والمسـاعدة، وكان من الأفضل لـو أن المفهوم صيغ بحيث يبرز الثقافة الطيعة المتعاونة التي تركزعلى الجودة وتصر عليها، تلك الثقافة التي يعد فيها لفت النظر إلى المشـكلات والقصور أمراً إيجابياً لا سـلبياً. ثقافة منفتحة تصر على الأمانة والاستقامة وجودة الرعاية والعدل والاهتمام بالمرضى والموظفين، أي بيئة

ذات قيم مشتركة. تلك البيئة ستؤدي إلى معاملة المرضى والموظفين معاملةً ملائمة، وتوفر محيطاً آمناً، وتؤدي إلى ممارسات آمنة ومستقيمة في تقديم الكشوف والفوترة. يؤدي توافر مثل تلك البيئة إلى الاستغناء عن برامج الامتثال للأنظمة والقوانين والالتزام بها، وعن الموظف المسؤول عن تطبيقها. حتى لو استدعت المتطلبات القانونية والتنظيمية وجود تلك البرامج ومنفذيها فسوف ينحصر دورهما في نشر المعلومات وتثقيف الموظفين والمساعدة في تأسيس السياسات والإجراءات التي تمكن الامتثال وتطبيق أنظمة وشروط المنظمة. فتحديد "الأخلاقيات" بشخص أو برنامج معين هو أمرٌ متهورٌ طائشٌ أهوج، لن يؤدي أبداً إلى خلق بيئة ذات قيم مشتركة. من المجدي أن نكرر هنا أن الوفاء بمقتضيات القانون (الامتثال) ما هو إلا التوقعات الأساسية للمنظمة، إذ تلتزم المنظمة ذات الثقافة والوعي الأخلاقي -من خلال مديريها- بمعايير أداء أعلى من ذلك، وكما أشار لارسون:

> خذ مثال المتشرد الذي يحضر تكراراً إلى قسم الطوارئ للحصول على الرعاية. تشير قواعد الامتثال (للأنظمة) إلى أنه يجب وضع المريض في حالة مستقرة فقط ثم يسرَّح أو ينقل. وتسألنا الأخلاقيات: ماذا يجب علينا فعله من أجل هذا المريض؟.....
>
> هل ننقل المسؤولية إلى جهة أخرى أم أنه دورنا لتحمُّلها؟ ألا يجب علينا بذل المزيد؟ فالامتثال (للأنظمة) هو أقل ما يمكن عمله ولكن الأخلاقيات تعني أنه علينا أداء وفعل كل ما يلزم[٢١] .

على المديرين العمل على تأسيس وتنمية ثقافة منظمية تخلو من المخاطر، والتي يمكن فيها التبليغ عن مشكلات الإهمال (nonfeasance) وارتكاب المحظورات (malfeasance) واستخدام السلطة (misfeasance) وحلها بسهولة ويسر. مثل تلك الثقافة هي «درهم الوقاية الذي يساوي قنطار علاج». يبدأ تبني تلك الثقافة في مرحلة إجراءات الاختيار والتوظيف وتستمر مع الدورات التعريفية للموظفين الجدد، ثم لا بد من تعزيزها لاحقاً بالقدوة التي يعرضها القياديون الرسميون وغير الرسميين.

لا بد من إبراز أهمية تقديم القدوة الحسنة ابتداءً من مجالس الإدارة إلى مستويات الإدارة المختلفة.

ثقافة المسؤولية تلك، والانفتاح والتزام الإدارة هي في غاية الأهمية لتطوير سياسة داخلية ذات معنى تُعنى بالتبليغ عن الخطأ، ومن الضروري أيضاً كتابة مبادئ وتقارير

السياسة التي تمثل نوايا الإدارة خلال المنظمة، ونشر تلك التقارير بين الموظفين، كما يجب تأكيد أهمية الإدارة المتوسطة وإدارة خطوط الانتاج. لا يكفي أن يعلم الموظفون عن تقارير المبادئ والسياسات بل ينبغي أيضاً أن تشجع تقييماتهم على نشر الالتزام بها.

يسهل تحديد المشكلات والتبليغ عنها وحلها عند إزالة الخوف والذنب من المعادلة، وهو التوجه الذي يتوافق مع فلسفة (و. إدوارد ديمينغ) (W. Edwards Demming)، الذي بدوره أدرك أن الموظفين يسببون نسبةً صغيرةً من المشكلات، ولكن أكبر تحسين للجودة ينتج من خلال تحسين الإجراءات[٣٢]. إلا أنه في حالات مثل الاعتلال (impairment) الناتج عن تعاطي المواد المدمنة، أو أي أفعال إرادية أخرى لها تأثيراتٌ سلبية، فإن التركيز على الفرد هو الخطوة الأولى اللازمة.

الخلاصة:

يظل مفهوم الوكالة الأخلاقية والرغبة في القول والفعل حسب الضرورة موضوعاً مركزياً متكرراً لكل من المديرين ومقدمي الرعاية على السواء. الاختلاف المهني أمرٌ حاسمٌ في مجال إدارة الخدمات الصحية وتوفير الخدمات الصحية، ولا توجد أخلاقياتٌ بدون فعل، بل لن تنمو الأخلاقيات وتستمر إلا إذا قال الناس الحق عندما ينبغي ذلك. يتميز المهنيون بقدرتهم على إدراك المشكلات الأخلاقية والقيام بدور القيّم الأخلاقي للمنظمة التي يعملون بها.

تقييم وتحسين جودة الرعاية:

يكلف مديرو الخدمات الصحية من خلال منظماتهم بالمسؤولية الجسيمة المتمثلة في تقييم وتحسين جودة رعاية المرضى. لا يتمكن المديرون من تقييم الجودة الإكلينيكية مباشرةً، إلا أنهم ملزمون أخلاقياً بدعم وتشجيع جهود الخبراء القادرين على ذلك. وعلى المديرين أحياناً أن يحفزوا تقييم الجودة والإجراءات التصحيحية، والأهم من ذلك يشكل المديرون المحرك الرئيسي في قيادة المنظمة لتبني فلسفة ومفاهيم تحسين الجودة وتطبيق منهجياتها.

بالتوافق مع واجبات المدير مثل الإحسان (beneficence) وعدم الإضرار (nonmaleficence) -إضافةً إلى فضائل كالشجاعة والرحمة والبصيرة والذمة- يجب التصدي لتأسيس (أو الاستمرار في) تقديم الخدمات الإكلينيكية التي تعرّض المريض

لمخاطـر إكلينيكية غير مبررة. ينتج أحـد مصادر تلك المخاطر عندما تؤدي منظمات الخدمات الصحية عدداً قليلاً من أحد أنواع العمليات الجراحية أو تعالج عدداً قليلاً مـن المرضى الذين يعانون من حالات مرضية معينة. وتشـير الدراسـات الأولية أن جراحة القلب الناجحة ترتبط إيجابياً مع عدد العمليات، وأن نتائج المستشـفيات التي تجري عدداً أقل من العمليات كانت أسـوأ من المستشـفيات التي تجري عدداً قليلاً. قد تشـمل العوامل التي تفسر ذلك قضايا مثل سـوء حالة المريض والاستعداد لتقبل المرضى بمستويات أعلى من الخطورة، ولكن لم يتم فحص مدى مساهمة تلك العوامل. ولعدم وجود تعليل للفروقات بين المستشـفيات فقد أوصت الدراسات بإغلاق البرامج العلاجية ذات الأعداد القليلة أو مرتفعة الخطورة[٢٣].

دعمت البيانات التي نشرت في منتصف التسعينات الميلادية الماضية تلك التوصيات وشـملت أيضاً أعداد الأطباء وأحجام المناطق الجغرافية إضافةً إلى النتائج المحسنة والتكاليف المخفضة[٢٤]. كما توفر البحوث المنشورة عام ٢٠٠٠م و٢٠٠٢م و٢٠٠٣م دعماً إضافيـاً لافتـراض وجود علاقـة إيجابية - وإن كانت متفاوتـة - بين حجم مقدمي الرعايـة الأكبر ونتائج أفضل، بما في ذلك نتائـج أفضل للمرضى مرتفعي الخطورة. حللت تلك الدراسـات مجالاً واسـعاً من العمليات الجراحية. كما بين أحدها فوائد مماثلة لمراكز العلاج كثيفة العدد لمرض الأيدز[٢٥].

وبذلك تتزايد الأدلة والبراهين على العلاقة بين حجم الإجراءات وجودة المخرجات الإكلينيكيـة، وهذا دافعٌ أخلاقيٌ واضح للمديريـن الذين لدى منظماتهم حجم خدمة منخفض، أو التي تتدارس إنشاء خدمة يحتمل أن يبقى حجمها منخفضاً.

الإجراءات مرتفعة الخطورة.

أُنشـئ المستشـفى التعليمي في عام (١٩٠٧م) بهبة من محسن ثري محلي. والنجم السـاطع في تاريخ تدريب الممرضات والأطباء في ذلك المستشـفى هو برنامج زمالة جراحي، ومن أهـم عناصر ذلك البرنامج الرئيسـية: برنامج جراحة القلب. منذ سـنتين مضتـا تقهقر برنامج جراحة القلب كثيراً بوفاة رئيس قسـم جراحـة القلب ورحيل عضو من الفريق، وتراجعت الإحالات بشكل ملحوظ وانخفض حجم عمليات القلب المفتوح إلى خمس عمليات شهرياً، وقد حدث هذا رغم جهود جليلة لرفع حجم الإحالات.

أجـــرت إدارة الجودة دراســـات خاصة لخدمـــات إكلينيكية مختلفة مؤخراً، وقامت بمراجعـــة بيانات الوفيات من جراحة القلب ووجدت أن معدلات الوفيات كانت أكثر من ضعف ما ذكر في الأدبيات. أبدت مديرة الجودة قلقها فيما ناقشـــت التقرير مع المدير التنفيذي، وأشارت إلى أن الأدبيات أظهرت علاقةً عكســـية بين معـــدلات الوفيات وعدد العمليات التي تجرى، يبدو أن الكفاءة الفنية لا تُكتسب وتبقى إلا بأداء عدد مرتفع من العمليات.

وبعـــد فترة وجيزة التقى المدير التنفيـــذي بالمديرة الطبية أثناء تناول الغـــداء، وخلال محادثتهما ســـأل المدير التنفيذي مـــا إذا كان لديها ما يدعـــو إلى الاعتقاد أن جودة برنامـــج جراحة القلب أقل مما كانت عليه في الســـابق، فأجابت المديرة الطبية "حسبما أعلم الأمور على ما يرام" وعندما تساءلت عن سبب القلق، أجاب المدير التنفيذي أن عدد عمليات القلب قد تناقص وأن الأدبيات تشـــير إلى أن لهـــذا تأثيرات على جودة الرعاية، بل أكد ذلك تقارير مراجعة المستشـــفى، فقالت المديرة الطبية أنها ستنظر في الأمر، وانتقل النقاش إلى أمور أخرى.

تتضح القضية الأخلاقية للمستشفى التعليمي ومرضاه جيداً. فالمشكلة الأخلاقية توجد لأن المرضى الذين يخضعون لعمليات القلب الجراحية هناك يتعرضون لخطورة أعلـــى مما يتعرضون له في مستشـــفى يجري عدداً أكبر مـــن العمليات، وهذا ينتهك مبدأ عدم الإضـــرار. ولا يمكن للمدير التنفيذي أن يتجاهل ما يحدث، فذلك يتنافى مـــع دور المدير كوكيل أخلاقي، إضافةً إلـــى دوره كمهني يلتزم بواجب حماية المرضى. ماهي الخطوة التالية؟ قد لا يمكن إيقاف البرنامج فوراً لأسباب اقتصادية وسياسية، ولكن لا بد من اتخاذ خطوات فورية لضمان دعم الطاقم الطبي وإبلاغ مجلس الإدارة بالمشكلة. سواءٌ عرض الطاقم الطبي دعمه أم لم يفعل فعلى المدير الطبي أن يلحّ على مجلس الإدارة لإيقاف البرنامج.

ماذا يحدث لو ثبت عدم جدوى العمل داخلياً؟ ماذا لو سُـــلِّم بوجود المشـــكلة ولكن لم يحرك أصحاب الشـــأن ساكناً؟ هذه الحالة هي اختبارٌ مهمٌ لأخلاقيات المدير لأنها تطرح معضلةً أخلاقيةً حقيقيةً؛ حيـــث يواجه المدير واجبات أخلاقية متناقضة، فمن

جهة؛ المعلومات عن برنامج جراحة القلب سريةٌ وعلى المدير واجب الولاء نحو المنظمة، ومن الجهة الأخرى يعرِّض ضعف اســتجابة المنظمة المرضى للخطر. يجب أن تفضي مقارنة تلك الواجبات الأخلاقية المتناقضة بالمدير إلى استنتاج أن الواجب الأسمى هو حماية المرضى. على المدير أن يُلحّ ويســعى -حتى إلــى درجة إذاعة المعلومات خارج المنظمة- إذا لم تتخذ خطوات تصحيحية. إن نشــر مثل تلك المعلومات الخطيرة علناً (التبليغ عن الخطأ) هو الملاذ الأخير وهو عملٌ يتحلى بشــجاعة أخلاقية عالية. أما التبليغ الداخلي فسوف يجعل المدير منبوذاً ولا يُستبعد فصله من عمله بسبب ما سيعد أنه خيانةٌ للمنظمة.

قد يأخذ المديــر التنفيذي في الاعتبار خيارين آخرين أكثــر ذرائعية ولكنهما أقل جاذبية مــن الناحية الأخلاقية، أحدهما هو تجاهل تبعــات المدى القصير من تراجع جودة الرعاية، وإيجاد طرق لإبراز نقاط قوة البرنامج لزيادة حجم العمل فيه وتحسين الجــودة، والخيار الآخر هو تحديد أنواع العمليــات ذات النتائج الجيدة والتركيز على إجرائها. قد يعرِّض كلا التوجهين المرضى لمخاطر غير مبررة، علماً أن توخي الحيطة والحــرص قد تخفض الخطورة إلى مســتويات مقبولة. قد يبــدو أن هذا الخيار بلا ضمير من حيث فضائل المبالاة والموثوقية والنزاهة، ومبادئ الإحســان وعدم الإضرار. فــي ظل غياب خدمــات الطوارئ والفرز الطبي للمرض لا يمكــن تبرير الضرر الذي يصيب بعض المرضى بســبب منفعة تصيب مرضى آخريــن (مثل الجراحين ومقيمي الزمالة أودخل المستشــفى والمكانة) فاستخدام المرضى كوسيلة لتحقيق غاية هو خطأ من الناحية الأخلاقية.

تتجاوز قضايا الجودة الإكلينيكية الأخرى المراجعة وضمان كفاءة الإكلينيكي، وتشمل أموراً مثل ضمان كفاية وملاءمة موظفي وأجهزة الأقســام المســاندة، وتقييم ملاءمة المريــض إكلينيكياً لعمليــة ما، والتدخل عندما تنخفض قــدرات الإكلينيكي. غالباً لا تظهر المشكلة إلا بعد فوات الأوان والتأمل في أحداث الماضي، إلا أن بعض الإجراءات تسمح بالتحكم المتزامن في الجودة وهي التي يجب استخدامها.

هل يجري عمليات تفوق مهاراته؟

التقــط جم هدســون النموذج الــذي أحضره موظــف جدولة غرفة العمليات وبدأ في مراجعة العمليات المجدولة بعد يومين. وظيفة هدسون

هـــي ضمان أن الرزم الجراحية، والمعدات والوقت وطاقم العاملين تكفي للوفـــاء بمتطلبات العملية الجراحية المجدولـــة. تضم القائمة عمليةً لم يرها هدســـون مجدولةً من قبل مطلقـــاً، وبالنظر إلى العمود الذي يبين ما إذا كانت هناك حاجةٌ إلى معدات أو مستلزمات خاصة، رأى هدسون ملاحظةً تشـــير إلى أن الجراح المعالج سيقوم بتوفير تلك المواد. حيرت تلك الملاحظة هدســـون لأنه من مسؤوليات المشرف على غرفة العمليات أو إدارة المشتريات توفير جميع ما يلزم للعملية الجراحية، فاتصل برئيس قسم الجراحة، وهو المسؤول الإكلينيكي عن موظفي غرفة العمليات، إلا أنه لم يجده وأفادته سكرتيرته بأنه سيرد اتصاله عند عودته.

عندمـــا اتصل رئيس قســـم الجراحة بدا مبهماً فـــي توجهه، وقال: "إذا كانت العملية مجدولـــة فمن الأرجح أنه لا بأس من إجرائها" وكان التضمـــين الواضـــح أن الجراح لا يجري عمليةً بدون الاســـتعداد اللازم لها.

لم يكن هدسون متأكداً مما يجب عليه فعله، وبما أنه ليس طبيباً فإن أي إجراء إضافي يتخذه قد يعد تدخلاً غير ملائم في شؤون إكلينيكية، ومع ذلك فقد بدا له ضرورة إجراء تقص إضافي.

تركّز هذه الحالة على مشـــكلة الجودة الإكلينيكية، وعلى هدسون أن يفعل أكثر من مجـــرد التفكر فيما قد تشـــير إليه الحقائق، وعليه أن يســـتوضح من الجراح المعالج، وإن لـــم يوفر له المعلومات الوافية فعليه رفع الموضوع خلال الهرم الإداري. قد توضح المعلومات الإضافية التساؤلات، كما أنها قد تؤدي إلى إلغاء العملية.

للحصول على معلومات روتينية حول جودة الخدمات، تؤســـس منظمات الخدمات الصحية نظماً لمراجعة محتوى النشاطات الإكلينيكية والإدارية، حيث يتوازى الاثنان في أمور كثيرة ولكن لا بد من التأكيد على أن هذه -أساساً- مهام وتدابير موضوعية، ويلزم أيضاً حكم واســـتنتاجات الأفراد الذين يقومون بمراجعة البيانات، فتلك الاستنتاجات هي التي تبدأ العمل و تحفّزه. يبين الجدول (٢) بعض تدابير الجودة.

الخاصية	تدابير جودة رعاية المرضى	تدابير الجودة الإدارية
الهيكل	الاعتماد مؤهلات الطاقم الطبي مؤهلات الطاقم المهني تدريب الطاقم المهني توافر واستعمال وحدات الرعاية الخاصة	الاعتماد مؤهلات الطاقم الإداري برامج تطوير الموظفين الموظفين لكل سرير مشغول الخدمات المقدمة
الإجراء	مراجعة الطاقم الطبي من قبل نظرائهم متوسط فترة الإقامة مشاركة المجتمع	استخدام دراسات الإدارة معدل شغل الأسرة مشاركة المجتمع
المخرجات	مخرجات المرضى تقييم العمليات الجراحية معدل الوفيات المعدل عدوى المستشفيات: المبلغ عنه والمعالج دعاوى الأخطاء الطبية	التكلفة لكل وحدة إنتاجية ساعات الموظفين لكل يوم / مريض الاستقرار المالي الالتزام
التوجه	تقييم الخبراء لرعاية المرضى رضا المرضى (عدم رضاهم)	تقييم الخبراء للأداء الإداري رضا الموظفين (عدم رضاهم)

من جرايمز، رو موسلي، س (١٩٧٦) أسلوب لمؤشر أداء المستشفيات. في بحوث الخدمات الصحية ٢، ٢٨٩ مقتبس بالإذن.

الجدول (٢): بعض تدابير جودة المستشفى.

الحفاظ على العلاقات مع المجتمع:

تعد منظمات الخدمات الصحية (شبه عامة) بغض النظر عن ملكيتها. فلها توجهٌ خدمي والتزامٌ أخلاقي لتلبية احتياجات المجتمع الصحية. تفرض هذه العلاقة بناء ثقة المجتمع والحفاظ عليها، وتعني اتخاذ خطوات للعمل في مصلحة الناس في المجتمع الذين هم حتى الآن مجرد مرضى محتملين. إذا كان المرضى المحتملون

يجازفون بالتعرض للعدوى أو الخطر لأن المرفق يعمل بضوابط سـلامة منقوصة، فإن لدى المنظمة التزامٌ خاصٌ نحو هؤلاء الأشخاص.

حماية المرضى والمجتمع من الموظفين الذين يعانون من أمراض معدية وخيمة:

وفّر الفصل السـابع خلفيةً عن مرض الأيدز والتهـاب الكبد الوبائي (ب) والتهاب الكبد الوبائي (سـي) وقضايا مرتبطة بحماية الموظفين. ونوقشـت الأبعاد القانونية والتـزام منظمـات الخدمات الصحية نحـو الموظفين والأطباء. مكّـن التقدم الطبي -خـلال العقدين الماضيين- منظمات الخدمـات الصحية من علاج المرضى المصابين بمـرض الأيدز بفاعلية أكبر ومكنه أيضاً من أن يزيد تعميرهم. وينتج عن هذا أعدادٌ أكبر من حالات التنويم في المستشـفيات، إضافةً إلـى زيادة العلاج في منظمات مثل دور المسـنين ومـأوى العلاج التلطيفي (hospices). وسـوف تصبـح حماية المرضى والموظفين من الموظفين المصابين بالعدوى -والحفاظ على السـرية والخصوصية- من أكبر التحديات التي يواجهها مقدمو الرعاية.

لمـرض الأيـدز - بين الأمراض المعدية - جوانب اسـتثنائية من حيث انتشـاره، ومن السـياق الإشـكالي للتحليل فإن احتمال انتقال العدوى لمقدم الرعاية عند تعرضه للدم ومواد جسمانية من المرضى المصابين بالأيدز -ولأسباب مجهولة- أعظم بعدة مرات من أن تنتقل العدوى من مقدم الرعاية المصاب بالأيدز. باستثناء حالتين فقط، لا توجد حالات انتقلـت فيها العدوى من مقدم رعاية مصاب بالأيدز إلى مريض. وهناك حالاتٌ عديدة لجراحـين وأطباء مصابين بمرض الأيدز يؤدون عمليـات وإجراءات باضعة (invasive) ومعرضة للعدوى، إلا إنه عند التحري عن مرضاهم تبين عدم انتقال فيروس الأيدز بعد التعرض، مما يشـير إلى جوانب اسـتثنائية لفيروس نقص المناعة واحتمال وجود عوامل متممـة (cofactors) في انتقاليـة الفيروس والعدوى والتطور إلـى مرض الأيدز، وتلك العوامل لا توجد في المجموعة السكانية عامة. تعرف مراكز مكافحة الأمراض والوقاية منهـا (Centers for Disease Control and Prevention CDC) الإجـراءات الباضعة بأنها "التوغل الجراحي إلى نسيج، أوتجويف، أوعضو أوإصلاح إصابة رضخية بليغة كما تحدد مواقع المعالجة وأنواع العمليات"[٣٦].

> تشـمل صفات الإجراءات المعرضة للعدوى التحسس الإصبعي لرأس الإبرة داخل تجويف بدني أو تواجد أصابع مقدم الرعاية الصحية وإبرة

أو أدوات حادة أخرى في آن واحد في موقع تشـريحي مقيد أو تصعب فيه الرؤية [٣٧].

يجب أن ترشـد هذه التعريفات منظمات الخدمات الصحية في تخصيص وتعيين أعضاء طاقم الرعاية.

توصي حالياً الجمعية الطبية الأمريكية (AMA) الأطباء والآخرين من العاملين في الرعاية الصحية المصابين بعدوى فيروس الأيدز بالإفصاح عن وضعهم الصحي (وجود أجسـام مضادة في مصل الـدم) إلى مأمور الصحة العامة فـي الولاية، أو إلى لجنة المراجعة المحلية لتثبيت حدود ممارساتهم. إذ تقوم لجنة المراجعة بتحديد النشاطات التي بإمكانهم الاسـتمرار في ممارستها دون تعريض المرضى لخطر العدوى. وتوصي السياسـة الحاليـة بأنه على الأطبـاء الامتناع عن إجراء عمليـات وإجراءات باضعة (invasive) ومعرضـة للعدوى أو "أداء تلك الإجراءات بـإذن لجنة المراجعة المحلية، و موافقـة المريض على تلقي العلاج. على الأطباء المصابين بفيروس نقص المناعة أن يبالغوا في حماية المرضى"[٣٨]. وللجمعية الأمريكية لطب الأسنان توجهٌ مماثل:

على طبيب الأسنان الذي يعتل بأي مرض أو يعاق بأية طريقة -بعد التشاور وتلقي نصيحة طبيب مؤهل أو أي سلطة أخرى- أن يحد نشاطات الممارسة في الجوانب التي لا تعرض المرضى أو أعضاء فريق طب الأسنان للخطر[٣٩].

تشـترط معظم الولايات إشعار المريض بإجراء عمليات وإجراءات باضعة ومعرضة للعـدوى عندما يكون الطبيـب ناقلاً لفيروس نقص المناعة، كما تشـترط العديد من الولايات أيضاً الإشـعار بإجـراء عمليات وإجراءات باضعة حتى لـو لم تكن معرضةً للعدوى[٤٠].

للوفاء بواجباتهم الأخلاقية على الموظفين الإكلينيكيين معرفة ما إذا كانوا يشـكلون خطورةً على المرضى والموظفين الآخرين، وبسـبب الأمراض الانتهازية - التي يصابون بها فيما يتطور فيروس نقص المناعة إلى مرض الأيدز الظاهر - قد يشـكل الموظفون المصابون بالعدوى خطورةً على المرضى، الذين يعاني الكثير منهم من قصور في المناعة أو مـن وهن بدني. كما قد يشـكل الموظفون المصابـون بالأيدز خطورةً على الموظفين الآخريـن والزوار. تدفـع هذه المخاطر المديرين للمبالغة فـي اتخاذ الحيطة والحذر عند تخصيص الموظفين. تشـكل الأمراض المعدية الشـائعة فـي منظمات الخدمات الصحيـة - مع تزايد نقص مناعة الموظفين المصابين بالفيروس - خطراً عليهم. وإن

كان للمنظمة أن تفي بالتزاماتها الأخلاقية نحو موظفيها، فعليها أن تأخذ مثل تلك المعلومات في الاعتبار عند تخصيص الوظائف. باعتبار الكم الكبيرغير المعروف عن سبل انتقالية الفيروس، يجب تشجيع الموظفين الناقلين لفيروس نقص المناعة أو المصابين بأمراض معدية خطيرة أخرى، على تقبل مهام وظيفية في غير رعاية المرضى المباشرة. يشكل الأطباء الذين يرغبون في الاستمرار في إجراء عمليات وإجراءات باضعة ومعرضة للعدوى مشكلةً خاصة، ولكن كما أشرنا في الفصل السابع، القانون واضحٌ وحاسمٌ في هذا الشأن. إذا أخذنا في الاعتبار الخطورة (غير المعروفة ولكنها ممكنة) التي يتعرض لها المرضى، من الحكمة منع الأطباء والموظفين الآخرين الناقلين لفيروس نقص المناعة من أداء عمليات وإجراءات باضعة ومعرضة للعدوى، حسب التعريف المعقول. كما أن حماية السرية والخصوصية إلى أقصى درجة ممكنة أمرٌ ضروريٌ لنجاح أي جهود مثل هذه.

رغم بعض الغموض والإشكال القانوني، يجب على منظمات الخدمات الصحية معرفة مدى إصابة الموظفين – الذين يعملون على عمليات وإجراءات باضعة ومعرضة للعدوى – بأمراض معدية خطيرة. فمن الملائم أخلاقياً (والحذر قانونياً) منعهم من أداء عمليات وإجراءات باضعة ومعرضة للعدوى، وتفي مثل هذه القاعدة بمبدأ الأخلاقيات الذي ينص على عدم الإضرار والذي هو واجب مقدم الرعاية الأول «لا تفعل الأذى» وحيث لم تقع إلا حالتان من انتقال عدوى الأيدز من مقدم الرعاية إلى مريض -أحدهما مؤكدة ولكن معترض عليها والأخرى « ما كانت قاطعةً تماما »- فإن ذلك يشير إلى أن خطورة انتقال العدوى من مقدم الرعاية الناقل لفيروس نقص المناعة متناهية الصغر. والجدير بالذكر أن خطورة انتقال أمراض معدية خطيرة أخرى أعلى بكثير.

في بداية عام (١٩٩٩م) وفرت دراسةٌ فرنسية دليلاً قوياً على أن جراح عظام مصابٌ بعدوى الأيدز نقل الفيروس إلى مريض خلال العملية الجراحية، ومن حوالي ألف مريض أجرى لهم الجراح عمليات جراحية – وتم فحصهم – أصيب واحدٌ فقط بعدوى فيروس نقص المناعة. «الدليل ليس قاطعاً تماماً، ولكن انتقال العدوى من مقدم الرعاية إلى المريض أثناء جراحة العظام هو أفضل تفسير للعدوى»[٤١].

قدر مركز مكافحة الأمراض والوقاية منها (CDC) أن احتمال انتقال عدوى فيروس نقص المناعة من جراح مصاب أثناء أداء عمليات وإجراءات باضعة وعرضة للعدوى هو بين (١ في ٤٠٠٠٠) و (١ في ٤٠٠٠٠٠)، وأن احتمال العدوى من طبيب أسنان مصاب

هـــي بين (١ في ٢٠٠٠٠٠) إلى (١ في ٢٠٠٠٠٠٠) [٤٢]. من خلال الســياق فإن التهاب الكبد الوبائي أكثر تهديداً للمرضى من الأيدز. اتضح في عام (١٩٩٦م) أن أخصائي جراحة الصدر قد نقل عدوى التهاب الكبد الوبائي (بي) لتســعة عشــر مريضاً أثناء إجراء العملية الجراحية رغم البراهين على استخدامه ما يكفي من احتياطات الوقاية من العدوى[٤٣]. تلك الواقعة -إضافةً إلى حادثة جراح القلب الأسباني الذي نقل عدوى التهاب الكبد الوبائي (ســي) لخمســة من مرضاه- تدعم إجــراء الفحوص الإلزامية لالتهاب الكبد الوبائي (بي) و(ســي) وفيروس نقص المناعة بين مقدمي الرعاية الذين يؤدون عمليات وإجراءات باضعة ومعرضة للعدوى[٤٤].

لا بد من فعل شيء، ولكن ما هو؟

في ذهــول تام تهاوت كارولــين أوبري الرئيس التنفيذي لمستشــفى متروبوليتان في مقعدها ثم ســرحت بنظرها خارج النافذة لفترة طويلة. فقد أدركت أن أمراً ما يحدث عندما أصرت زوجة الدكتور مدمور بغضب على مقابلة الرئيس التنفيذي. لم تكن تتخيل أوبري في أســوأ الأحوال أن السيدة مدمور ســتخبرها أنها بصدد رفع قضية طلاق على زوجها، وهو جراح عظام، لأنه نقل إليها مرض الأيدز. فيما كانت السيدة مدمور خارجةً مــن مكتب أوبري التفتت قائلةً: "كنــت متأكدةً أنك تريدين أن تعلمي، فحتماً لابد أن تفعلي شيئا".

ظنت أوبري أن تصريحات السيدة مدمور قد لا تكون أكثر من هذيان زوجة غاضبــة انتقامية، ولكن ذلك لم يكن مرجحاً، وفيما هي تفكر في مــا علمته للتو، تذكرت حادثةً منذ بضع ســنين تتعلــق بالدكتور مدمور وممرض. وباســتعادة أحداث الماضي؛ أشــارت الحادثة إلى أن الدكتور مدمور قد يكون ثنائي الميول الجنسية. كما تذكرت أوبري أيضاً اجتماع قســم الجراحة الســنة الماضية حيث جرى نقاشٌ مطــول حول أفضلية معرفــة حالــة جميع مرضــى الجراحة من حيث عدوى مــرض الأيدز، وتم تصويــر المخاطر الخاصة التي يتعرض لهــا الجراحون جراء تمزق القفازات والجروح أثناء جراحة العظام ومناقشتها بتفصيل.

> يبـــدو الآن أن مرضى الدكتور مدمور هم عرضـــةٌ للخطر، فاتصلت أوبري بجدولة غرفة العمليات وعلمت أن الدكتور مدمور يزاول نشـــاطاً جراحياً كاملاً، فطلبت من سكرتيرتها الاتصال بمحامي المستشفى والمدير الطبي لتحديد اجتماع طارئ الساعة السابعة صباح اليوم التالي. ارتأت أوبري أن السيدة مدمور كانت محقة، فعلينا فعل شيء ولكن ماذا؟

تثير هـــذه الحالة عدة قضايا أخلاقية (وقانونيـــة)، أهمها حماية المرضى، ويجب إيقـــاف امتياز الدكتور مدمور بممارســـة الجراحة في المستشـــفى فـــوراً. وبعد إزالة الخطـــر الذي يعرض الدكتور مدمور المرضى له، تلـــي ذلك إجراءاتٌ إضافية بطريقة منتظمة ومدروســـة. يتطلب الوفاء بمبدأ العدالة أن يكون التحقيق منصفاً لمدمور من حيـــث الإجراء والمحتوى، فـــإن كان مدمور حاملاً لفيروس نقـــص المناعة، فقد يختار المستشـــفى أحد توجهين: ١) الســـماح للدكتور مدمور بالاســـتمرار في أداء العمليات الجراحيـــة إذا ما اتبع ضوابـــط مركز مكافحة الأمراض والوقايـــة منها (CDC) بأن يخبر الأطبـــاء الناقلون لفيروس نقص المناعة مرضاهم قبل إجراء عمليات وإجراءات باضعـــة(invasive) ومعرضة للعـــدوى، أو ٢) إلغاء امتيازات الدكتـــور مدمور بإجراء العمليات الجراحية في المستشـــفى. يعظِّم الخيار الأول استقلالية المريض ولكن على المستشـــفى ضمان قيام الدكتور مدمور فعلاً بإبلاغ المرضـــى أنه ناقلٌ لفيروس نقص المناعـــة، وأن المرضى يدركـــون مضامين ذلك. من ناحية عمليـــة لا يحتمل أن يوافق الكثيـــر من المرضى على إجراء عملياتهم بعد معرفتهـــم بوضعه الصحي. أما الخيار الثانـــي فيفي بمبدأ عدم الإضرار بمنع حدوث خطر محتمل للمرضى، إلا أنه لا يخلو من الوصاية بعدم الســـماح لمرضى مدمور باتخاذ خياراتهم بأنفسهم. إلا أن الحيطة تســـتدعي إلغاء امتيازاته الجراحية في المستشفى. يجب أن تتوافق جميع التدابير مع حمايـــة المرضى والوفاء بمتطلبات لوائح وقواعـــد وأنظمة الطاقم الطبي، إضافةً إلى قوانين الولاية والقوانين الفدرالية.

تجـــب حماية خصوصية الدكتور مدمور فيما يتعلق بعـــدوى الأيدز، ولكن لا يمكن لتلك الجهود أن تعرض ســـلامة المرضـــى للخطر، كما أن قضيـــة الخصوصية تزداد تعقيداً لو انســـحب الدكتور مدمور من طاقم المستشـــفى وتقدم بطلب امتيازات إجراء الجراحة في مستشـــفى آخر، إذ يلتزم المستشفى أخلاقياً بالتبليغ عمّا علمه من خلال تحقيقاتـــه، وبتطبيق المبادئ القانونية في قضية تاراســـوف التي نوقشـــت في الفصل السابع يصبح التحذير واجباً قانونياً على المستشفى.

يجب على منظمات الخدمات الصحية أن تتنبه للمشكلات الخاصة المتعلقة بالخصوصية والسرية عند معالجة مرضى ناقلين لفيروس نقص المناعة أو مصابين بالأيدز أو بأمراض خطيرة معدية أخرى. إلا أنه ضمن قيود قانون الولاية يجب أن يكون الالتزام الأول حماية الموظفين والمرضى الآخرين. ومن الفوائد الإضافية أن تحديد هؤلاء المرضى يكون محفزاً إضافياً مهماً لتشجيع الموظفين على التقيد بالاحتياطات الشاملة.

إن حماية خصوصية الموظفين إلى أقصى درجة ممكنة في غاية الأهمية لنجاح تلك الجهود، وتماشياً مع المبدأ الأخلاقي باحترام الأشخاص على منظمات الخدمات الصحية التنبه لمشكلة الخصوصية عند معالجة مرضى مصابين بأمراض معدية، ولكن بالقيود القانونية فإن التزام المنظمة الأول هو حماية المرضى الآخرين والموظفين.

فيروس نقص المناعة ومرض الأيدز ما هو إلا أحد الأمراض المعدية التي تثير قضايا أخلاقية (وقانونية) لمنظمات الخدمات الصحية ومديريها، وتشير الأحداث في مستشفى الجامعة إلى مرض آخر.

حماية المجتمع.

يؤدي المستشفى الجامعي دوراً فريداً في المجتمع فهو مستشفى إحالة للرعاية التخصصية (من المستوى الثالث) يخدم المنطقة وهو مصدرٌ رئيسي لتوفير الرعاية الصحية للمجتمع.

في عام (١٩٧٧م) عانى المستشفى من تفشي وباء الفيلقية (legionnaires' disease) وأصيب عددٌ من المرضى بالمرض وقضى العديد منهم.

الفيلقية هي مرض جرثومي يصيب الجهاز التنفسي والرئتين وقد يؤدي إلى الوفاة إن لم يشخص ويعالج مبكراً، ويشكل خطورةً خاصة لكبار السن ومن يعانون من مشكلات طبية تخفض مناعتهم. ومن العوامل التي تتطلب حذراً أكثر من طرف إدارة المستشفى هو أنه في وقت تفشي الوباء، استغرق التعرف على الجرثومة في المختبر عدة أيام، وبالتالي تعرض المرضى لخطورة كبيرة حتى يتم الحصول على تشخيص تأكيدي.

بينت الدراسات الوبائية وجود علاقة بين الرذاذ الدقيق الذي ينفثه برج تبريد الهواء في المستشفى وانتشار المرض. أصيب الموظفون

المتعرضـــون مباشـــرةً للرذاذ بحالات حادة من مـــرض الفيلقية. إضافة الكلـــور إلى المياه في برج التبريد قضت على الجرثومة، ورغم الاشـــتباه في علاقة برج التبريد بوباء عام (١٩٧٧م) في المستشـــفى الجامعي، إلا أن العلاقة لم تؤكد أبداً. لم تطور لجنة التحكم في العدوى أوامر دائمة أو سياسات بعد التفشي الأول للوباء.

في شـــهر مايو من عام (١٩٨٢م)، ظهر ما يشير إلى تفش آخر لوباء الفيلقيـــة، فتمت إضافة الكلور إلى مياه برج التبريد فوراً وانخفض عدد الإصابات الجديدة بشكل ملحوظ، إلا أن فشلاً لم يتم اكتشافه في نظام إضافـــة الكلور أدى إلى تفش وبائي آخر في بداية شـــهر يونيو من العام نفسه.

عند اكتشـــاف الحالات الأولـــى في مايـــو (١٩٨٢م)، تم إخبار مدير المستشـــفى، الذي اجتمـــع مع عدد مـــن الموظفين المختلفـــين بما فيهم الأطبـــاء وتم الاتفاق على إخفـــاء أخبار الوباء عـــن المجتمع؛ كي لا يقع جـــزعٌ وانخفـــاضٌ مفاجئ في أعـــداد المرضى، إضافةً إلـــى فقدان ثقة العامة بالمستشـــفى. أُرسلت رسالةٌ ســـرية إلى أطباء المستشفى تنبئهم بالمشـــكلة وتطلب منهـــم أن يتذكرو احتمال العدوى عنـــد اتخاذ قرارات بتنـــويم المرضى، ومع ذلك لم يحصـــر التنويم في الحالات الطارئة فقط ولم تحدث كذلك مراجعة مســـبقة للتنويم الاختياري لتحديد ما إذا كان يجب تحويـــل المرضى المعرضين للعدوى الرئوية مثل عدوى الفيلقية إلى مستشفيات أخرى، كما لم تكن هناك مراجعةٌ لمؤشرات وضرورة التنويم. طـــور الطاقم الطبي آليةً تنص على ضرورة معالجة التهابات ذات الرئة الحادة التي لا يمكن تبريرها فوراً بمضاد حيوي قوي تعرف فاعليته ضد عدوى الفيلقية، إلا أنه لم تُتخذ تدابيرٌ للمراجعة الفعالة لتحديد تطبيق تلك الآلية فعلاً.

واجه مدير المستشفى الجامعي عدة مشكلات، لجميعها أبعادٌ أخلاقية كالتالي:

١- أراد الطاقم الطبي الاستمرار في تنويم مرضاهم.

٢- قد يفقد المجتمع ثقته بالمستشفى لو علم بوجود وباء لمرض فتاك.

٣- قد يفقد المدير والطاقم الإداري ماء الوجه، بل قد يفقدون وظائفهم لو انتشر خبر العدوى.

٤- كانت هناك مسؤوليةٌ قانونيةٌ محتملة.

من الصعب حل تلك المشكلة الأخلاقية ولكنه ليس مستحيلاً، إذ تنشأ مواقف مشابهة في مرافق رعاية المسنين التي يهددها الإغلاق لأن مبانيها تنتهك متطلبات الأمن وسلامة الحريق، وكذلك في المستشفيات التي تتفشى عدوى التهاب السحايا والسالمونيلا في محاضن حديثي الولادة فيها. كيف يمكن للمنظمة حماية المرضى الحاليين والمستقبليين في مثل تلك الأوضاع؟ والأهم من ذلك ما هو دور المدير هنا؟

الخاصية التي تميز تفشي الفيلقية هذا عن غيره من الحالات المشابهة هو الفرق في الواجب نحو المرضى المستقبليين عوضاً عن الحاليين. يرى القانون وجود فرق بين الفريقين، بصفة عامة، ما لم تكن هناك علاقةٌ خاصة مع المرضى المستقبليين، فلا يلتزم أحدٌ بواجب العمل لمصلحتهم وبالنيابة عنهم، إلا أنه في هذه الحالة يكون هناك واجب تحذير المنومين اختيارياً والذين يتعرضون لعدوى الفيلقية.

يفيد التمييز القانوني في التحليل الأخلاقي، فالواجب نحو المرضى الحاليين هو مباشرٌ وفوري وأكثر إلزاميةً من الواجب نحو المرضى المستقبليين، فلا يجب تعريضهم لخطر عدوى الفيلقية إلا إذا كانت أوضاعهم الصحية تعرضهم لخطر أكبر ببقائهم خارج المستشفى. وينبغي إخراج المرضى المنومين الذين قد يستفيدون من استمرار تنويمهم إلا أنهم عرضةٌ لخطر أكبر ببقائهم في المستشفى. و لزامٌ على الطاقم الإداري والإكلينيكي أن يقوم بإقناع مقدمي الرعاية بالتزامهم بحماية المرضى.

إن الجدل الحديث في أن قيام المدير -بحماية سمعة ومكانة المنظمة في المجتمع- له مزاياه؛ أولاً: للرعاية الصحية عنصرٌ نفسيٌّ مهم، وسينتفع المرضى المستقبليين من ثقتهم بمقدم الرعاية الذي يخدمهم، ثانياً: لا ينبغي أن يخشى الذين يحتاجون إلى التنويم في المستشفى فعل ذلك، لأن تأجيل الرعاية قد يفاقم حالاتهم الصحية، وأخيراً؛ قد يتعرض الناس لخطورة أكبر لعدم حصولهم على المعالجة من احتمال إصابتهم بعدوى الفيلقية.

عند التنويم تصبح الخطورة المحتملة خطورةً فعلية، كما أن التنويم الطارئ لا يشكل مشكلات أخلاقية إذا لم يتوافر مصدرٌ آخر للرعاية، وخطورة عدم تلقي الرعاية تفوق خطر الإصابة بمرض الفيلقية.

يختلف التنويم الاختياري جوهرياً، فعلى أقل تقدير كان على المنظمة -بقيادة وحث مديريها- أن تطور وتطبق سياسات وإجراءات فصل التنويم الاختياري مرتفع الخطورة عن منخفض الخطورة، وأن تُتخذ تدابير خاصة إما لتحويل المجموعة الأولى (مرتفعة الخطـورة) إلى جهـة أخرى أو أن تُتخـذ احتياطات خاصة بصددهـم. من الناحية الأخلاقية لا تسـتطيع المنظمة أن تعتمد على اجتهادات طبيب التنويم فقط (الطبيب الذي يقرر إدخال المريض إلى المستشـفى). كما هو الحال مع أي من نشـاطات تقييم الجودة، يقع على عاتق الإدارة مسـؤولية مراجعة صنع القرارات المتعلقة بالرعاية وأن تفعل ذلك بما يتماشى مع مستوى الخطورة، وهنا يلزم المراجعة المتزامنة.

يوجد -بوضوح- تضارب مصالح محتمل، فمن الطبيعي للمديرين حماية مراكزهم وسـمعتهم، ويفعلون ذلك من باب الـولاء للمنظمة وأيضاً لدوافـع أنانية. ردة الفعل الطبيعية هي التستر ولملمة الموضوع، حيث تبدو التغطية طريقةً سهلةً لخفض خطورة الأذى الشـخصي والمهنـي. إلا أن التجربة تشـير إلى أن الصـدق -من وجهة النظر الأخلاقية والعملية- هو أفضل سياسـة، إذ سـيبث الموظفون والمرضى الإشاعات في المجتمع، وقد يدوم التلطيخ المحتمل لسمعة المنظمة وقتاً أطول مما لو تم إخبار المجتمع بوجود مشكلة، وأنه تم اتخاذ الإجراءات اللازمة لحماية المرضى. قد يثير هذا النهج تسـاؤلات حول مسببات المشـكلة والمسـؤولية عنها، ولكن المجتمع لن يفقد ثقته في المنظمة. إضافةً إلى ذلك -وفق هدي المبادئ الأخلاقية- على المنظمة أن تعامل أفراد المجتمـع باحترام وكرامة وبالتزام الصدق دائماً، وعلى المديرين أن يلتزموا في حياتهم بفضائل الموثوقية والضمير والوجدان.

الخاتمة:

علـى مديري الخدمات الصحيـة أن يعتمدوا على الخبرة التقنيـة والعون لمراقبة ومراجعـة جـودة الخدمـات الإكلينيكية والحفاظ عليهـا، تماماً كمـا يعتمدون على مبرمجي الحاسـب أو خبـراء الرواتب والأجور من أجل التقارير والنصح والمشـورة. يوفر المديرون للطاقم الإكلينيكي النظم والإجراءات والموارد اللازمة ليكونوا فعالين في تقديم ومراقبة الرعاية الإكلينيكية. يتطلب الإحسـان (beneficence) وعدم الإضرار (nonmaleficence) -بالإضافـة إلـى فضائـل الرحمـة (compassion) والاهتمام والمبالاة (caring) والشـجاعة- أن يلم المديرون ويعوا ما هو متوقعٌ منهم، وكيف تقاس تلـك التوقعـات لتحديد مدى تحقيق هدف تقديم خدمات صحيـة ذات جودة عالية.

يقصر المديرون في تأدية واجباتهم الأخلاقية (والقانونية) لو شغلوا أنفسهم حصرياً بالنشاطات غير الإكلينيكية فقط وارتأوا أن الأمور الإكلينيكية تقع خارج نطاق ومدى مسؤولياتهم. فالمدير مسؤولٌ أمام مجلس الإدارة عن جميع النشاطات، ويتطلب ذلك مشاركةً نشطة وشراكة فعالة بين المديرين والإكلينيكيين.

حدد هذا الفصل وفحص عدداً من المشكلات الأخلاقية الشمولية المنبثقة من الواجبات التي يدين بها المديرون نحو المرضى والمجتمع. وقد لا تكون تلك الوجبات واضحةً جليةً دائماً، كما قد يحجبها أحياناً ما يواكبها من مشكلات مثل الجمود البيروقراطي أوعلاقات الطاقم الطبي. وتتضح عندما يركز المديرون على السبب الرئيسي لوجود المنظمة؛ ألا وهو خدمة وحماية المرضى والمجتمع.

الهوامش:

1. Peter A. Ubel, Margaret M. Zell, David J. Miller, Gary S. Fischer, Darien Peters-Stefani, & Robert M. Arnold. (1995, August). Elevator talk: Observational study of inappropriate comments in a public space. American Journal of Medicine 99, pp. 190–194; Simone N. Vigod, Chaim M. Bell, & John M.A. Bohnen. (2003, November 1). Privacy of patients' information in hospital lifts: Observational study. British Medical Journal 327, pp. 1024–1025.

2. Richard Perez Pena. (2011, March 9). New Jersey nearly sold secret data.New York Times. Retrieved March 17, 2011, from http://www.nytimes.com/ 201110/03// nyregion/10computers.html.

3. Horty, Springer & Mattern. (2003, July 10). Question of the week. Retrieved July 2003 from http://www.hortyspringer.com/.

4. Steve S. Kraman & Ginny Hamm. (1999, December 21). Risk management: Extreme honesty may be the best policy. Annals of Internal Medicine 131(12), pp. 963–967.

5. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2004). Ethics, rights, and responsibilities. In Hospital Accreditation Standards (p. 110). Oakbrook Terrace, IL: Author.

6. Albert W. Wu, Thomas A. Cavanaugh, Stephen J. McPhee, Bernard Lo, & Guy P. Micco. (1997, December). To tell the truth: Ethical and practical issues in disclosing medical mistakes to patients. Journal of General Internal Medicine 12, pp. 770–775.

7. James S. Bowman, Frederick A. Elliston, & Paula Lockhart (Eds.). (1984). Professional dissent: An annotated bibliography and research guide: Vol. 2 (p. 3). New York: Garland Publishing.

8. Alan E Westin. (1981). Whistleblowing! Loyalty and dissent in the corporation (p. 140). New York: McGraw-Hill.

9. Ibid., p. 139.

10. Ibid., p. 140.

11. Ibid.

12. Whistle-blowing. (2001). The Columbia Encyclopedia (6th ed.), as cited on Bar tleby.com. Retrieved November 7, 2003, from http://www.bartleby.com/65/ wh/ whistlebl.html.

13. U.S. Department of Justice. (2010, November 22). Department of justice recovers

$3 billion in false claims cases in fiscal year 2010. Retrieved November 28, 2010, from http://www.justice.gov/opa/pr/2010/November/10-civ-1335.html.

14. Ibid.

15. Pierce v. Ortho Pharmaceuticals, 84 NJ. 58, 417 A.2d 505 (1980).

16. O'Sullivan v. Mallon et al., 160 NJ. Super. 416, 390 A.2d 149 (1978).

17. Commonwealth of Pennsylvania ex rel. Rafferty et al. v. Philadelphia Psychiatric Center, 356 F. Supp. 500 (E.D. Pa. 1973).

18. Louise Kertesz. (1995, July 3). Execs fired in whistleblower case. Modern Healthcare, p. 11.

19. Lisa Scott. (1995, August 21). Whistle-blower suit alleges patient records doctored. Modern Healthcare, p. 34. Another example of a qui tam suit occurred in United States ex rel. Brandimarte v. Wurtzel, Civ. Action No. 942398- (E.D. Pa. Nov. 3, 1995), in which defendants settled allegations of making false and fraudulent claims for psychotherapy services under the Medicare and Medicaid programs by paying $500,000 to the U.S. government and $50,000 toward the whistle-blower's legal fees and costs.

20. Berkeley Rice. (1995, August 7). When a doctor accuses colleagues of health fraud. Medical Economics, pp. 172–174, 177–179, 183–184, 189–190.

21. Qui Tam FYI.

22. U.S. Department of Justice. (2009, October 30). Texas hospital group pays U.S. $27.5 million to settle False Claims Act allegations. Retrieved November 20, 2010, from http://www.justice.gov/opa/pr/2009/October/09-civ-1175.html. The relator (whistle-blower) in this qui tam lawsuit received $5.5 million from the proceeds of the settlement.

23. Tricia Bishop. (2010, November 10). Md. hospital to pay $22 million. Washington Post, p. B6.

24. Lawrence Blades. (1967, December). Employment at will vs. individual freedom: On limiting the abusive exercise of employer power. Columbia Law Review 67, p. 1407.

25. Westin, pp. 133–136.

26. Bowman et al., p. 4.

27. Westin, p. 144.

28. Stephen Barr. (1993, October 19). Whistleblowers sound alarm on their superiors' reprisals. Washington Post, p. A21.

29. U.S. Merit Systems Protection Board. (1998). Adherence to the merit principles in the workplace: Federal employees' views (p. 12). Washington, DC: Author.

30. John P. Keenan & C.A. Krueger. (1992, August). Whistleblowing and the professional. Management Accounting 74(2), pp. 21–24.

31. Laurie Larson. (1999, September). The right thing to do: An ethical framework helps trustees lead the way. Trustee 59(2), p. 10.

32. W. Edwards Deming. (1994). The new economics for industry, government, education (2nd ed.). Cambridge, MA: MIT-CAES, 1994.

33. Edward L. Hannan, Joseph E. O'Donnell, Harold Kilburn, Jr., Harvey R. Bernard, & Altan Yazici. (1989, July). Investigation of the relationship between volume and mortality for surgical procedures performed in New York State hospitals. Journal of the American Medical Association 262(4), pp. 503–510; Harold S. Luft, John P. Bunker, & Alain C. Enthoven. (1979, December). Should operations be regionalized? New England Journal of Medicine 301(25), pp. 1364–1369; Spencer Rich. (1984, April 26). Hospitals doing more operations lose fewer patients. Washington Post, p. A2.

34. Regionalizing cardiac surgery facilities contributes to improved outcomes and lower costs. (1996, January/February). Research Activities 190, pp. 1–2; Volume of procedures for physicians, hospitals, and geographic areas linked to outcomes for angioplasty and bypass patients. (1995, July/August). Research Activities 186, pp. 1–3.

35. John D. Birkmeyer, Andrea E. Siewers, Emily V.A. Finlayson, Therese A. Stukel, F. Lee Lucas, Ida Batista, H. Gilbert Welch, & David E. Wennberg. (2002, April 11). Hospital volume and surgical mortality in the United States. New England Journal of Medicine 346(15), pp. 1128–1137; R. Adams Dudley, Kirsten L. Johanson, Richard Brand, Deborah J. Rennie, & Arnold Milstein. (2000, March 1). Selective referral to high-volume hospitals: Estimating potentially avoidable deaths. Journal of the American Medical Association 283(9), pp. 1159–1166; Philip P. Goodney, F.L. Lucas, & John D. Birkmeyer. (2003). Should volume standards for cardiovascular surgery focus only on high-risk patients? Circulation 107, pp. 384–387.

36. Recommendations for preventing transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to patients during exposure-prone invasive procedures. (1991, July 12). MMWR Recommendations and Reports. Retrieved March 28, 2011, from http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00014845. htm. An invasive procedure is defined as "surgical entry into tissues, cavities, or organs, or repair of traumatic injuries" associated with any of the following: 1) an operating or delivery room, emergency department, or outpatient setting, including both physicians' and dentists' offices; 2) cardiac catheterization and angiographic procedures; 3) vaginal

or cesarean delivery or other invasive obstetric procedure during which bleeding may occur; or 4) the manipulation, cutting, or removal of any oral or perioral tissues, including tooth structure, during which bleeding occurs or the potential for bleeding exists.

37. Ibid.

38. American Medical Association. (2001, December). Report 4 of the Council on Scientific Affairs (A-03): Consolidation of the AMA house policies on HIV/AIDS (p. 8). Chicago: Author.

39. American Dental Association. (2003). Resource manual for support of dentists with HBV, HIV, TB and other infectious disease. Retrieved March 28, 2011, from http://www.ada.org/policiespositions.aspx.

40. How to balance interests of physician, patients, and your organization when physician is HIV-positive. (2003, August). Credentialing & Peer Review Legal Insider, p. 1.

41. Susan Okie. (1999, January 12). French surgeon gave a patient AIDS virus. Washington Post, p. 9.

42. Ronald Bayer. (1991, May). The HIV-infected clinician: To exclude or not exclude? Trustee 44(5), p. 17.

43. Rafael Harpaz, Lorenz von Seidlein, Francisco M. Averhoff, Michael P. Tormey, Saswati D. Sinha, Konstantina Kotsopoulou, Stephen B. Lambert, Betty H. Robertson, James D. Cherry, & Craig N. Shapiro. (1996, February 29). Transmission of hepatitis B virus to multiple patients from a surgeon without evidence of inadequate infection control. New England Journal of Medicine 334(9), pp. 549–554.

44. Juan I. Esteban, Jordi Gomez, Maria Martell, Beatriz Cabot, Josep Quer, Joan Camps, Antonio Gonzalez, Teresa Otero, Andres Moya, Rafael Esteban, & Jaime Guardia. (1996, February 29). Transmission of hepatitis C virus by a cardiac surgeon. New England Journal of Medicine 334(9), pp. 555–559.

الجزء الرابع

القضايا الأخلاقية البيوطبية

يحلل الجــزء الرابع الموافقة (consent) وقضايا نهاية الحياة، والقضايا الأخلاقية البيوطبيــة التي تواجه عادةً مديــري الخدمات الصحية ومنظماتهــم. وتؤثر قضايا أخلاقيــةٌ بيوطبية أخرى لا حصر لهــا في بعض المديري؛ منها: الهندســة الوراثية، وفحــوص الاختيــار (screening)، والاســتنصاح، والتقنيــات التوالديــة، وجراحات العلاجات النفسية، وتعديل السلوك، وحق الرعاية الصحية، والإنسانية وحقوق الأجنة والإجهاض والازدراع، ونقل الأعضاء، والأمراض العقلية، والإدخال الإلزامي للمرضى في المصحات العقلية.

نتناول قضية الموافقة الشائكة في الفصل التاسع، إذ تمس المديرين في جميع أنواع منظمــات الخدمــات الصحية. ويعرف القانون العلاقــات المقبولة بين مقدم الرعاية والمريــض، وما هذا للمديريــن إلا نقطة الانطلاق التي تبني علــى وكالتهم الأخلاقية وعلى فلسفة المنظمة المتوقعة.

يعالج الفصل العاشــر القضايا الأخلاقية التي تظهر عند نهاية الحياة، وغالباً ما تعــرف بأخلاقيات المــوت (ethics of death and dying). تثير التغييرات - التي نتج الكثير منها عن التقنية منذ الســبعينات الميلادية - تســاؤلات جديدة. يعالج الفصل تعريف الموت وتطبيق علاجات اســتمرار الحياة (باســتخدام مثال الرضع والمعاقين) ومنع أو ســحب العلاج وضوابــط وأدلة الرعاية غير المجديــة، وأخلاقيات الأمراض الانتهائية. تتأثر منظمات الخدمات الصحية ببعض أو جميع القضايا الأخلاقية التي تظهر عند نهاية الحياة. مثل قضية الموافقة التي لها مضامين رئيسية للمديرين.

يستكشــف الفصل الحــادي عشــر العلاقات بــين الانتحار بمســاعدة الطبيب، والاســتقلالية والمنظمة. الانتحار بمســاعدة الطبيب هو قضيــة أخلاقية لها جذور تاريخيــة عميقة في الطــب، رغم تحريم الناموس الأبوقراطي له. نستكشــف الآراء والســلوكيات الأوروبية المتعلقة بالانتحار بمســاعدة الطبيب ونقارنها بالتطورات التي حدثت في الولايات المتحدة الأمريكية.

الفصل التاسع

الموافقة

الموافقـــة (consent) قاعــدةٌ أخلاقيـــةٌ إلزاميـــة ذات أهميـــة عظمـــى للمديرين والإكلينيكيـــين. من الواضح أن المرضى يريدون أن يشـــاركوا مشـــاركةً أكبر في صنع القرار الطبي. وتشـــير القضايا التي تثيرها مســـألة الموافقة إلى كل من الإشـــكالات والأهداف لمقدمي الخدمات الصحية.

تطور مفهوم الموافقة في الرعاية الطبية لحماية المرضى من الملامسة غير الرضائية. ورغم تداخل الأبعاد الأخلاقية والقانونية إلا أن المتطلبات القانونية للموافقة هي أقل مـــا يمكن توقعه. أخلاقيات الموافقة متأصلةٌ في مبدأ احترام الأشـــخاص، وتحديداً في عنصر الاســـتقلالية، الذي يعكس فكرة كرامة البشر و المساواة بينهم. كما تعكس أخلاقيات الموافقة – إضافةً إلى ذلك – علاقة الثقة والإئتمان بين الطبيب والمريض وبين المنظمة والمريض. تدعم هذه العلاقة الإئتمانية مبادئ الإحسان وعدم الإضرار. كما تدعـــم أيضاً فضائل المدير –كالموثوقية (الجدارة بالثقة) (trustworthiness)، والأمانة (honesty) والنزاهة (integrity) والصراحة (candor) – أخلاقيات الموافقة.

وفقاً للقانون، فإن الفشـــل في الحصول على الموافقة على العلاج قد يدعم دعوى قضائية بالاعتداء والضرب، وهو ضررٌ مقصود. عدا ذلك بالإمكان رفع قضية إهمال لو أخل الطبيب بواجب إبلاغ المعلومات اللازمة للمريض لكي يعطي موافقته المطلعة.

تنبثق الطريقة الأبوية من الإحســـان وهي القيمة الأخلاقية التي تنافس استقلالية المريـــض في تطبيـــق نظام الموافقة. تنشـــأ الأبوية بشـــكل طبيعي مـــن العلاقة بين الطبيب والمريض لأن الطبيب – من الناحية النفســـية والتقنية والعاطفية – في موقع المعرفـــة المتفوقة ويتوقع منه أن يســـاعد في اختيار أفضل مســـار للمريض. ويعكس هذا أخلاقيات الرعاية التي ناقشـــناها في الفصل الأول. أشـــير –أول ما أشير– إلى الأبويـــة – المتأصلة في علاقة الطبيب بالمريض – في القســـم الأبوقراطي، وتســـتمر أهمية الإحســـان وعدم الإضرار والأبوية وهي عناصر ضمنية في ممارسة الطب. إن مراجعات مبادئ الأخلاقيـــات الطبية التي تبنتها الجمعية الطبية الأمريكية (AMA) في عام (١٩٨٠م) نقلت الطب المنظمي من الأبوية باتجاه الاستقلالية وحقوق المرضى،

وهي مواضيع استمرت في إصدار عام (٢٠٠١م). بل ضخَّم مجلس الجمعية الطبية الأمريكية لشؤون الأخلاقيات والقضاء تلك المواضيع في تصريحه حول «العناصر الأساسية لعلاقة الطبيب بالمريض»، وتم استنساخ تلك الوثيقة ومبادىء الأخلاقيات الطبية عام (٢٠٠١م) في الملحق (ب).

كما تقر أيضاً الضوابط المتخصصة التي توجه البحوث البيوطبية (مثل بيان هلسينكي) بأهمية الموافقة. والتأكيد على حقوق المرضى أو استقلاليتهم في وثائق كهذه هي مثالياتٌ يجب أن يسعى لتحقيقها المديرون والمنظمات.

الجوانب القانونية:

من الناحية القانونية، يجب أن تكون الموافقة طوعية، وسوية (competent) و مطلعة و أن يكون الشخص على دراية بما يقبله، ويفترض القانون أن الأشخاص الذين لا يستطيعون أن يعلنوا موافقتهم في حالات الطوارئ يرغبون في تلقي العلاج. ويمكن نقض ذلك الافتراض إذا رفضه شخص عاقل، أو إذا كان لدى الشخص الذي يحتاج إلى العلاج تعليمات مسبقة مثل أمر عدم الإنعاش من غير المستشفى، إضافة إلى ذلك؛ إذا كان محامي الشخص أو وكيله (كأي شخص يحمل توكيلاً شرعياً) حاضراً فلا بد من الحصول على الموافقة. إذا كان القُصَّر أو الأشخاص غير المؤهلين مرضى ورفض من يمثلهم إعطاء الموافقة، وحجب العلاج ليس في مصلحة المريض، تنجح المنظمة عادةً في إقناع المحكمة بالأمر بالعلاج.

حتى في الحالات غير الطارئة، يفترض ضمناً الموافقة العامة على العلاج لوجود المريض في قسم العيادات الخارجية، الأمر الذي يبين رغبة المريض الواضحة في المعالجة. ولا تتطلب المعالجة الخيارية غيرالباضعة (noninvasive) ذات الطبيعة الروتينية إلا موافقةً عامة. إلا أن الموافقة الخاصة لازمةٌ للإجراءات الباضعة (invasive)، أوالجراحية أوالإجراءات الخاصة، أوعندما يكون المريض جزءاً من تجربة. إلا أن الموافقة على الإجراءات الباضعة الشائعة يصبح في وحدات الرعاية الفائقة إشكالياً، وخاصةً لأنها تُجرى غالباً كحالات طوارئ وقد لا يكون في استطاعة المرضى إعطاء الموافقة المطلعة[1] (informed consent) أو قد لا يتواجد وكلاؤهم ليعطوا الموافقة على الإجراء. إعطاء الموافقة شفوياً ملزمٌ قانونياً، ولكن بسبب تغير الموظفين ومقدمي الرعاية بين المرضى، إضافةً إلى قصور الذاكرة البشرية بطبيعتها وضرورة التزام الحرص والحذر يجب أن تكون الموافقة كتابية. يبين الشكلان (٧) و(٨) نماذج الموافقة العامة والخاصة على التوالي، لمركز جامعة جورج واشطن الطبي.

السياسة العامة: يتم علاج وتنويم جميع المرضى وتحديد إقامة لهم بدون تمييز في العرق أو الديانة أو اللون أوالمنشأ القومي أو التوجه الجنسي أوالعمر أوالإعاقة.

الموافقة على العلاج: حضرت إلى مستشفى جامعة جورج واشنطن لتلقي العلاج الطبي، وأطلب من ممتهني الرعاية الصحية في المستشفى توفير العلاج والرعاية الذين يرونه ضرورياً. يوافق الموقع أدناه على الإجراءات التي قد تؤدي أثناء هذا التنويم أو في العيادات الخارجية بما في ذلك علاجات وخدمات الطوارئ. أوافق على الفحوص والعلاجات الروتينية كجزء من هذه الرعاية، والتي تشمل "وليست محدودة" بخدمات المختبر، والأشعة، والاختبارات والعلاجات الطبية والجراحية، والتخدير، أو الإجراءات التي تقع تحت إرشادات أو تعليمات الطبيب أو الجراح. أدرك أن لي حرية سؤال أي عضو من فريق رعايتي الصحية عن رعايتي أو معالجتي أو الأدوية التي أتلقاها. ولأن مستشفى جامعة جورج واشنطن مستشفى تعليمي أدرك أن فريق رعايتي يتكون من منسوبي المستشفى (بما فيهم الممرضات والفنيين وموظفي الخدمات المساعدة)، تحت إدارة الطبيب المشرف على رعايتي ومساعديه والذين يختارهم(من أطباء متمرنين وأطباء مقيمين وطلبة الطب). كما أدرك أن ممارسة الطب ليست علماً دقيقاً وأرى أنه لم يعطني أحد وعداً أو ضماناً عن نتائج أي رعاية أو علاج سوف أتلقاه أو فحوص أخضع لها.

الأطباء بصفتهم غير موظفين: أدرك أن كل طبيب هو متعهد مستقل ويعمل لحسابه وليس وكيلاً ولا خادماً أو موظفاً للمستشفى. وأدرك أنني قد أتلقى فوترة منفصلة من كل من مقدمي الخدمة هؤلاء مقابل الخدمات التي يقدمونها لي.

التوقيع: ____________

إذن بنشر المعلومات: يخول مستشفى جامعة جورج واشنطن بنشر أي معلومات تقتضي الضرورة نشرها بما فيها نسخ من ملفي الطبي بهدف إنهاء المطالبات المالية لخدمات الرعاية الصحية التي قدمت لي وكذلك إلى الدوائر المحلية والفيدرالية التنظيمية وجهات الاعتماد المفوضة رسمياً حسب متطلبات القانون. كما أن المستشفى مفوض بإفشاء المعلومات الديموغرافية للمنظمات التي تقوم بمسوحات رضا المرضى. قد تشمل تلك الملفات معلومات ذات طبيعة نفسية أو سيكولوجية تتعلق بحالتي العقلية أو العلاج من حالات مرتبطة باستخدام المسكرات أو المخدرات، كما أفوض شركة التأمين وموظفيها أو الأشخاص المسؤولين عن المدفوعات بأن توفر للمستشفى المعلومات اللازمة لتحديد تغطيتي التأمينية أو لإنهاء مطالبات مالية. ويكون هذا الأمر جارياً للفترة الزمنية لإنهاء إجراءات المطالبة أو حتى أقوم بنقض هذا الاذن. أخلي المستشفى وموظفيه ووكلائه والطبيب المشرف على علاجي من أي مسؤولية ناتجة عن إفشاء ملفي الطبي أو معلومات منه بهدف تسديد المطالبات المالية، كما أدرك أن إسمي سيدرج خارج غرفتي في المستشفى.

المقتنيات الشخصية: لا يعد المستشفى مسؤولاً عن فقدان ملابسي أو مقتنياتي الشخصية أو أي ضرر يصيبها.

سياسة عدم التدخين: وفق معايير الهيئة التنظيمية يعد المستشفى مرفقاً خالياً من التدخين.

الاتفاقية المالية/تحديد التغطية التأمينية: أتخلى عن جميع التغطية التأمينية لي لصالح المستشفى، وأدرك مسؤوليتي عن الدفع مقابل الخدمات المقدمة في المستشفى بما فيها الخدمات التي لا يغطيها تأميني لأي سبب كان، كما أنني مسؤول عن رسوم المحامي أو تكاليف التحصيل. وأفوض موفر التأمين لي بما فيهم مديكير ومديكيد بالدفع مباشرةً للمستشفى مقابل رعايتي عوضاً عن الدفع لي مباشرة، كما أقر بمسؤوليتي عن أي رسوم أو مقتطعات إضافية وعن الخدمات التي لا يغطيها التأمين.

أقر أن جميع هذه المعلومات صحيحة ودقيقة حسب معرفتي، وأن المعلومات التي أقدمها قابلة للتحقق والتدقيق بما فيها تقييمي في الوكالة الإئتمانية، وعرضة للمراجعة بواسطة دوائر محلية وفيدرالية حسب النظام، وأخول رب عملي أن يوفر للمستشفى معلومات عن دخلي، وأدرك إذا ثبت عدم صدق المعلومات التي قدمتها سيقوم المستشفى بإعادة تقييم وضعي المالي واتخاذ أي إجراء مناسب. وأقر بتوقيعي أدناه أني قرأت وتلقيت نسخة من هذا الإقرار وبتوقيعي أوافق على ما ورد فيه.

عاجز عن التوقيع

توقيع المريض أو الشخص المسؤول: ____________ ( ) حالة خطرة ( ) ____________

التاريخ: ____________ الشاهد: ____________

الجزء ١:

هل أحضرت توجيهات مسبقة (وصية توكيل شرعي للرعاية الصحية) معك الآن؟ ( ) نعم ( ) لا

إذا كانت الإجابة نعم اترك نسخة في ملف المريض وإن كانت لا فتقدم إلى الجزء ٢.

الجزء ٢:

١- تم إرشادي بكيفية صياغة توجيهات مسبقة (وكيفية الحصول على المساعدة في إعداد تلك التوجيهات) ______ توقيع

أو

٢- لا يوجد لدي توجيهات مسبقة ولا أرغب بها ______ توقيع

بوضع توقيعي أدناه أوافق على الدراسات المخبرية (نقص المناعة والتهاب الكبد الوبائي (بي) و(سي)) لو تعرض أحد العاملين الصحيين لدمي أو سوائل بدنية مني، كما أوافق على التخلص الملائم من أي نسيج أو جزء اقتطع مني وعلى أخذ الصور الفوتوغرافية خلال الإجراء أو العملية أو العلاج بهدف البحوث والتعليم أو أهداف علمية طالما تم التحفظ على هويتي.

التوقيع: ____________

التاريخ: ____________

مستشفى جامعة جورج واشنطن رقمة المريض

نموذج تفويض المريض.

الشكل (٧): نموذج الموافقة العام (من المركز الطبي بجامعة جورج واشنطن).

١. أنا (   )
أو (   ) بصفتي ( ) والد ( ) ممثل ( ) وصي (اختر واحدة)
وعملاً بالإنابة عنه/عنها أطلب الإجراء أو العملية أو العلاج المذكور أدناه
٢. وطلبت أن يقوم الدكتور (   ) بإجراء ذلك والاشراف على ما يجرى علي والذي شرح لي بأنه:
(   ) وقد شرح لي طبيبي كل ما يتعلق بحالتي الطبية إضافةً إلى الفوائد والمخاطر الشائعة المتوقعة من تلك الإجراءات وكذلك البدائل المعقولة لها إن وجدت.
٣. أعلم أيضاً أنه خلال معالجتي بأنواعها قد يتبين لطبيبي حسب رأيه المهني ضرورة إجراء علاجات إضافية لذلك أفوض تعديل أو تمديد هذه الموافقة لتشمل تلك العلاجات الاضافية والتي تعتبر في رأي طبيبي المهني ضرورية طبياً في ظل تلك الظروف الخاصة ومن أجل مصلحتي باستثناء (اختر واحدة) ( ) نوع الإجراء__________________ ( ) لا استثناءات.
٤. أدرك أنه لو شارك أحد أعضاء قسم التخدير في رعايتي للتخدير العام أو الموضعي أو المراقب سيتم الحصول على إذن بالموافقة على تلك الخدمات.
٥. لو أشار لي طبيبي باحتياجي لتخدير موضعي كجزء من العلاجات أفوض فعل ذلك وأقر أن طبيبي بين لي منافع ومخاطر تلقي التخدير الموضعي وكذلك البديل المعقول لذلك إن وجد. قد تشمل المخاطر المحتملة - ولكنها ليست محدودة بها - الألم موقع الإبرة ونادراً تحسس للمخدر، كما أدرك أيضاً أنه خلال معالجتي قد تستدعي ظروف غير متوقعة أساليب تخدير بديلة كالتخدير العام؛ ولذلك أفوض تعديل سبل إعطاء المخدر التي يتبين ضرورتها في ظل تلك الظروف حسب رأي طبيبي المهني.
٦. لو احتمل احتياجي لنقل الدم أو منتجات الدم خلال معالجتي سيطلب مني توقيع نموذج منفصل للموافقة المطلقة لنقل الدم أو منتجاته، وفي حال طارئ لم يُتوقع حدوثه خلال رعايتي الجراحية وحسب قرار طبيبي الطبي واحتجت إلى نقل الدم أو منتجاته أدرك أن ذلك سيتم وأوافق على اتخاذ تلك الإجراءات.
٧. علماً أن هذا المستشفى مؤسسةٌ تعليمية أدرك أنه بالإضافة إلى طبيبي ومساعديه ومن يعينهم سيشارك في علاجاتي ورعايتي منسوبو المستشفى الآخرون من أطباء مقيمين ومتدربين وممرضات وفنيين.
٨. أوافق على إجراء الاختبارات والعلاجات الروتينية المناسبة كجزء من رعايتي الطبية المتعلق بهذه المعالجة.
٩. أوافق على التخلص الملائم من أي نسيج أو جزء اقتُطع من بدني، وعلى أخذ الصور الفوتوغرافية خلال معالجتي بهدف البحوث والتعليم والأغراض العلمية طالما تم التحفظ على هويتي وأيضاً المشاركة في البرنامج البحثي__________________.

إقرار المريض	بتوقيعي هذا النموذج أقر أني أدرك محتوياته وأوافق على تدابيره وأعلم أنه لو كان لدي تخوف أو رغبت في معلومات أكثر تفصيلاً فباستطاعتي طلب المزيد من المعلومات والحصول عليها من طبيبي المعالج. كما أقر أني أعلم أن ممارسة التخدير والطب والجراحة ليست علماً راسخاً ولم يوفر لي أحدٌ وعداً أو ضماناً عن المعالجة المحددة أو نتائجها كما أني أوقع بمحض اختياري.
الشاهد على الاقرار	التاريخ ( ) الوقت ( ) توقيع المريض أوالأهل أوالوصي أو الممثل

توقيع الطبيب الذي حصل على الموافقة

إذا كان غير الطبيب الذي يؤدي الإجراء ______________ التاريخ ________ الوقت ___________

تصديق الطبيب	أصادق أن المريض أو ممثله الوارد اسمه أعلاه قد بلغ عن المخاطر والمنافع الشائعة والمحتمل حدوثها من أداء هذا الإجراء إضافةً إلى بدائله المعقولة إن وجدت. وتمت الإجابة عن جميع الأسئلة الأخرى المتعلقة بهذا الإجراء إلى تمام رضاه واكتفائه.
اسم الطبيب:	توقيع الطبيب: التاريخ والوقت:

مستشفى جامعة جورج واشنطن   رقعة المريض

نموذج تفويض المريض.

الشكل (٨): نموذج الموافقة الخاص (من المركز الطبي بجامعة جورج واشنطن).

لكـــي تكون الموافقة طوعية يجــب أن تعطى بدون إكراه، وقد يكــون الإكراه مغلفاً أو ضمنيــاً ويعتمــد حدوثه على الوقائع، فالقوة والتهديد همــا حتماً من الإكراه. ولا يستطيع الأشــخاص محدودي الاســتقلالية أن يتخذوا خيارات طوعية، ومن الأمثلة على ذلك العسكريين والسجناء. وقد كان العسكريون والسجناء تاريخياً مصدراً مهماً للبحوث التي تســتخدم عناصر بشــرية، وقد أزال الصيت السلبي والسخط الشعبي التجارب في تلك البيئة.

تعني الموافقة المؤهلة (competent) أن يكون لدى الشخص القدرة على فهم وإدراك طبيعــة وتبعات العلاج أو عدمه. ويفترض القانــون أن الأطفال القصَّر غير مؤهلين، إضافــةً إلى هؤلاء، لا يســتطيع الأشــخاص -الذين أدى مرضهــم العقلي أوعجزهم الإدراكــي إلى قرار قانونــي بأنهم غير مؤهلين- أن يتخذوا قــراراً يتعلق بالمعالجة أو التجارب الطبية، ولا بد أن يتخذ تلك القرارات أشخاص آخرون ينوبون عنهم. يزداد الحكم بالكفاءة العقلية وأهلية الأشــخاص تعقيداً عندما يكون المريض مصاباً بمرض انتهائي، أو مصاباً بالاكتئاب أو انتحارياً، فيلزم اتخاذ رأي ومشورة خبير.

ينبغــي أن تكون الموافقة مطَّلعة (informed). حيث يتطلب القانون الإفشــاء التام لطبيعة حالة المريض والعلاج المقترح والبدائل المتاحة، والنتائج والصعوبات التي يحتمل أن تنتج عن العلاج أو عدمه. تكاد أن تنقســم آراء المحاكم بالتســاوي بين الذين يرون أن المريــض يجب أن يحصل على كمية المعلومات التي يوفرها طبيبٌ عقلاني في نفس الظروف أو ظروف مشــابهة لها، وأؤلئك الذين يســتخدمون معياراً على أساس ما قد يرغــب في معرفتــه مريض عقلاني. المعيار القانوني الذي تســتخدمه بعض المحاكم -والموجه نحو استقلالية المريض- هو ما الذي يرغب المريض بعينه في معرفته.

تاريخياً، سببت الحالات المتعلقة بمجموعة شهود ياهوا (Jehovah>s Witnesses)، -وهــي فرقةٌ دينية تحرم نقل الدم المثلي (التبرع الذاتي) للدم الكامل أوأحد مكوناته- إشــكاليةً للمستشــفيات. فقد أدت المســؤوليات القانونية المحتملة لنقل الدم أو عدم نقلــه للمريض إلى عدة دعاوى قضائية، في القضايا الأولية غالباً ما تجاهلت المحاكم رغبات المريض وأمرت بنقل الدم عندما يكون للمرضى -وبخاصة الأمهات- مسؤوليات أسرية كبيرة. بينت تلك الحالات أن القضاة أخذوا في الاعتبار أكثر من حقوق الحرية (الاســتقلالية) عنــد وجود مصالــح مجتمعية مهمة مثل رعاية الأطفال. اســتحثت مشــكلات توافر الــدم في منتصف الثمانينــات - مثل انتقال التهــاب الكبد الوبائي وفيروس نقص المناعة البشري - التطورات في الطب والجراحة اللادموية التي ظهرت

في الستينات والسبعينات الميلادية، فأدت إلى إعادة النظر في استخدامات الدم ومكوناته، فكان نقل الدم يُتجنب ما أمكن ذلك. وأشارت البراهين الجديدة إلى أن الحاجة إلى نقل الدم مبالغٌ فيها عادةً وأن هناك -مثلاً- عدة أنماط لعلاج "شهود ياهوا" الذين يعانون من فقدان حاد للدم[٢].

حق الأشخاص المؤهلين في رفض العلاج راسخٌ وثابتٌ في القانون:

> **اعتماداً على مبادئ حقوق القانون العام الذي ينص على التحرر من العلاج غير المرغوب فيه أو على أساس القانون التشريعي الذي ينص على أنه بإمكان البالغين المؤهلين أو البالغين غير المؤهلين الذين عبروا عن رغباتهم بوضوح وحتى القاصرين الكبار الذين لديهم قدرات صنع القرار كالبالغين أن يرفضوا ضمن حقوقهم القانونية نقل الدم الذي لا يرغبون فيه. أما بالنسبة للأطفال القاصرين -عامةً- بالرغم من أن ذويهم قد لا يرغبون في حرمان أطفالهم من الرعاية الضرورية، وإذا كان للأبوين خيارٌ بين خيارين فعالين أو أكثر للعلاج فليس لدى الولاية مدخلٌ قانوني لأداء دور الأبوين وفرض أمر العلاج الذي يشمل استخدام الدم لمجرد أنه المنهج المعياري المعتاد. وإذا أمكن معالجة مشكلة الطفل الصحية بكفاءة دون استخدام الدم فيكون للأهل حرية اختيار ذلك الخيار بدون تدخل حكومي[٣].**

بإمكان الأخلاقية التي تؤكد الاستقلالية واحترام الأشخاص أن تؤثر كثيراً في علاقة المريض بمقدم الرعاية، وبالتعبير عنها بالكامل، فبإمكان المرضى فقط اختيار مستوى العلاقة الذي يريدونه. في أوائل الثمانينات الميلادية صرحت هيئة رئيس الجمهورية أن استقلالية المريض والمشاركة الكاملة في إجراءات العلاج هي هدفٌ مرغوب إن لم يمكن تحقيقه مباشرةً[٤]. لا يمكن تحقيق مبدأ احترام الأشخاص ولا تحقيق المشاركة بغياب الصدق والمصداقية، وجهود المنظمة المستمرة الثابتة. فالاستقلالية تعني أن المرضى ليسوا ملزمين بالموافقة على توصيات وتقييمات مقدم الخدمة، ويجد الإكلينيكيون والمنظمات أحياناً هذا المفهوم تهديدياً ومثبطاً.

يختار بعض المرضى عدم المشاركة في صنع القرار، إذ يريدون إما صراحةً أو ضمنياً أن يستمر جهلهم بتفاصيل مشكلتهم الصحية ويستبعدون أنفسهم من إجراءات اتخاذ القرار، بل يفضلون الأبوية ويختارون أن يفوضوا صنع القرار إلى مقدمي الرعاية ليفعلوا ما يرونه الأفضل. هذه العلاقة بين المريض ومقدم الرعاية ليست تلك التي تصورت هيئة الرئيس أنها مثالية، ولا تلك التي يطالب بها مؤيدو حقوق

المرضى المعاصرين. كما تُنتهك الاستقلالية أيضاً إذا أرغم المريض على المشاركة، إلا أنه على مقدمي الرعاية والمديرين أن يأخذوا في الاعتبار أن قرار عدم المشـــاركة هو قرارٌ مقبول وأن يعملوا على تحقيقه. بل إن تفويض الآخرين بمســـؤولية صنع القرار قد يكون التعبير المطلق عن الاستقلالية وتجسيداً لها.

أخطر مما هي تعلم°.

لايلا حامل بشهرها السادس بطفلها الأول. زوجها أحد منسوبي الجيش الأمريكي مكلفٌ حالياً بمهمة في منطقة قتالية. خلال غيابه انتقلت لايلا إلى بلدة نشأتها حيث تنعم بالدعم العاطفي من عائلتها المترابطة والرعاية الصحية الأساسية في مستشفى عام صغير. والدة لايلا سعيدةٌ ومتحمسةٌ لإمكانية مســـاعدة ابنتها على الولادة. وبانتظار موعد الولادة قامت لايلا بالتوقيع على موافقة تفوض فيها المستشفى وأخصائي الولادة المشرف على رعايتها بمشاركة معلوماتها الطبية مع والدتها.

عنـــد مراجعتهـــا الطبيب في الشـــهر الســـادس كان ضغط دم لايلا مرتفعاً بعض الشيء مما دفع الدكتور كامبوس أخصائي الولادة بتحويلها إلى المستشفى لإجراء فحوص في العيادات الخارجية لاستبعاد الارتعاج (eclampsia) وهـــي مـــن تعقيدات الحمـــل التي قد تكـــون مميتة، وتم تسريحها بعد ثلاث ســـاعات وإفادتها بأن صحتها بأحسن حال، وطلب منها تفادي النشاطات المرهقة وأن تراعي أن تكون تغذيتها صحية. بعد عـــودة لايلا ووالدتها إلى عيادة الدكتـــور كامبوس بعد ثلاثة أيام لإجراء فحص أشـــعة فوق صوتية مجدول مســـبقا، لاحظت المرضة أن ضغط الدم لديها كان مرتفعاً أكثر من ذي قبل. وقالت لايلا للمرضة إنها اتبعت تعليمات المستشفى عند خروجها وارتأت أن يكون ارتفاع الضغط بسبب قلقها على سلامة زوجها، حيث تعرضت وحدته لعدة قتلى مؤخراً.

بينت الأشعة فوق الصوتية أن نمو الجنين متأخرٌ عن المتوقع. لاشتباهه بأن لايلا وطفلها يحتاجان لموارد تفوق إمكانات المستشفى المحلي حولها الدكتور كامبوس فوراً إلى أخصائي فترة ماحول الولادة في مدينة كبيرة

علــى بعد ثلاث ســاعات، وقال مطمئناً لايلا: «فــي الغالب الأمر ليس خطيــراً ولكنه من الأفضل المبالغة في الحذر» وأضاف: "بإمكانك أنت وأمــك أن تعداها إجازة، فبإمكانكما قضاء الليلة والتســوق للطفل بعد الموعــد". بينما لايلا والممرضة تراجعان بعض الأوراق في غرفة أخرى، التفت الدكتور كامبوس إلى والدة لايلا قائلا: "لا أريد أن أســبب قلقاً إضافياً للايلا ولكن قد يكون الأمر أكثر خطورةً بكثير مما تعلم"

يشمل القانون والأخلاقيات الطبية مفهوم الامتياز العلاجي (therapeutic previlege) الــذي يخول للأطباء إخفاء بعض المعلومات عن المرضى عندما يعتقد الطبيب أن ذلك فــي مصلحة المريض. وتعترف الولايــات بالامتياز العلاجي بطــرق عدة، إذ تصعب صياغة قانون عام؛ فقد تشــير بعض الولايات إلى الخطورة التي قد يســببها إفصاح المعلومات التام لصحة المريض البدنية والنفسية، وقد يركز البعض الآخر على مصلحة المريض. وتدعم تلك الأبوية مبادئ الإحسان وعدم الإضرار وفضيلة الاهتمام والعناية. استثناء الامتياز العلاجي هو عملي ويتيح للأطباء مجالاً واسعاً من الإجراءات، إذ من المفيــد أن يكون لدى الأطباء حرية اتخاذ قرارات كتلك، خاصةً إذا كان البديل يشــكل أذىً للمريــض. فإن كان الأمر كذلك يأخذ الإحســان وعدم الإضرار الأســبقية هنا. قضية لايلا هي تجســيد للامتياز العلاجي. الدكتور كامبوس يخشــى أن يؤدي إخبار لايــلا بالمخاطر المحتملة لحملها إلى زيادة توترها ومفاقمة وضعها، وقد يطمئن إخبار والــدة لايلا الدكتور كامبوس في تردده عن إيصال معلومات حيوية لها، كما أنه يجعل والدتها أكثر حرصاً وتنبهاً لأي تغيرات في وضعها قد تستدعي خدمات الطوارئ.

الجوانب الأخلاقية:

المدخــل المنطقي لمناقشــة أخلاقيــات الموافقة هــو أن المعيــار الأخلاقي أعلى بكثيــر من المعيار القانوني، وينبثق هذا التوقع من تطبيق مبادئ احترام الأشــخاص (الاســتقلالية) وعدم الإضرار- المبنية أساساً على علم الواجبيات والمبادئ الكانتية (Kantian deontology) (انظر الفصــل الأول)، والقانون الطبيعي ونفعية القواعد (rule utilitarianism)- وتعززها أخلاقيات الفضيلة كما يوضحه الأفاضل من المديرين الذين يعملون كوكلاء أخلاقيين.

الفوارق الدقيقة المتأصلة في الإكراه والحث والملازمة لهما في غاية الأهمية لتحديد مــا إذا كانت الموافقة "طوعيــة". ففي تلك الحالات تتجــاوز الاعتبارات والواجبات

الأخلاقيــة المعيار القانوني بكثير. هل باســتطاعة المرضــى الذين يعانون من مرض فتــاك أن يصنعوا قرارات طبية طوعية؟ هل تخلو قــرارات المرضى من الضغوط إذا خشوا فقدان صداقة أطبائهم وولائهم لأنهم يفضلون خياراً يعارضه الطبيب؟ يتحدث الطاقم الإكلينيكي عن مرضى "ســيئين"، وهم المرضى غير المتعاونين. لا يُؤذَى هؤلاء المرضــى عمداً أو تســاء معاملتهم، ولكنهم قــد لا يتلقون نفس العنايــة التي يتلقاها المرضى "الجيدون" أو المطاوعون. يستشــعر المرضى ذلك السلوك ويؤثر في إرادتهم واختيارهم، كما يتأثر المرضى كثيراً بأسرهم وأصدقائهم وقد يتخذون قراراً بسببهم. وبالمثل قد يطلب أفراد الأســرة من الإكلينيكيين أن يفعلوا ما قد لا يرغبه مريض يعد غير مؤهل، أو ما لا يخدم مصلحة المريض في ظل مبادئ الإحسان وعدم الإضرار.

تشــير مثل تلك الاعتبارات أن الموافقة قد لا تكون أبداً طوعيةً تماماً، بل قد جادل البعض أن حرية المرضى الشــخصية لتقبُّــل أو رفض المعالجة الطبية قد تقلصت إلى درجــة أصبحــت فيه مجرد حق الفيتــو (النقض) للإجراءات غيــر المرغوبة[٦]. يدعم تلك الحجة العلاقات متزايدة التعقيد في الرعاية الطبية وتقديمها، تســتبعد جميعها الإجابات البســيطة وســهولة تحديد مدى طوعية الموافقة. وعلى الموظفين الإداريين والإكلينيكيين إدراك صعوبات الموافقة وبذل أقصى الجهود لتعزيز اســتقلالية المرضى وقدرتهم على التحكم في صنع القرار الطبي.

في تحديد طوعية الموافقة تشــكل بعض المجموعات مشكلات خاصة. كما سبقت الإشارة إليه، شارك في الماضي أشخاصٌ أصحاء باستقلالية منقوصة -وتحديداً أفراد القوات المسلحة والسجناء- في تجارب لم تكن علاجية، أي أنها لم تقدم منفعةً مباشرة لهم. تعد الموافقة لأفراد تلك المجموعات غير طوعية، ويندر اســتخدامهم كمشاركين أصحــاء في البحوث، كما قــد تتقلص الطوعية لأن الدوافــع والمحفزات عظيمةٌ إلى الدرجة التي تطغى فيها علــى الحيطة والحذر، فقد تقدم الأموال أو محفزات أخرى لمن يشــارك في التجارب الخطيرة، فعلى ســبيل المثال يمكن إقناع البعض بدفع مبالغ تكون كبيرةً بالنسبة لهم، ينفرد الطلاب الذين يشاركون في التجارب بهذا الصدد وقد يلائمون عدة فئــات، وغالباً ما يكونون معوزين اقتصادياً. إضافةً إلى ذلك فقد يقوم بعض أعضاء هيئة التدريس بتشــجيع الطلاب على المشــاركة بإعفائهم من متطلبات أخرى تبدو أكثر إجهاداً لهم كأوراق العمل البحثية أو الاختبارات. أحياناً يكون هناك بعض الإجبار الضمني أو حتى الصريح من أعضاء هيئة التدريس الذين يتحكمون في مصائــر وأقدار الطلاب الأكاديمية (وأحياناً الاقتصادية) وهم يســتخدمون مراكزهم هذه بلا اعتبارات أخلاقية «لتشجيع» الموافقة على المشاركة في البحوث.

عـادةً تكـون الجوانب الأخلاقية لتحديد إذا ما كان الشـخص مؤهلاً أسـهل من أخلاقيات تحديد طوعية الموافقة. يفترض في الأشخاص البالغين أن يكونوا مؤهلين، وعادةً يتمكن الطاقم الإكلينيكي من تحديد ما إذا كان وضع الشـخص العقلي مشكوكاً فيه ثم يطلبون الاستشـارة، وبغياب البرهان على تدهور الوضع العقلي يجب أن تشمل سياسـات المنظمة افتراضاً صريحاً بأن لدى المرضى استقلالية صنع القرار. ويتحتم على المديرين المسـاعدة في هذا المنهج من خلال تثقيف الموظفين والدعم الذي توفره النظم والإجراءات الملائمة.

العنصـر الثالث للموافقة هو أنه يجب أن تكون مطلعة (informed). تقترح بعض التفاسـير والشـروحات أن يكون المعيار الوحيد للموافقة هو أن تكون الموافقة مطلعة؛ وذلـك لأن تعقيـدات الموافقة المطلعة - وما إذا كان المريـض قد تم إطلاعه بما يكفي - تتلقـى أكبر قدر من العناية والانتباه. هناك تشـريعاتٌ في بعـض الولايات صممت لضمان حصـول المريض على المعلومات الكافية لصنع قـرارات طبية مطلعة. فأحد قوانين ولاية فرجينيا المتعلقة بالموافقة على سـبيل المثال، كان نتيجةً لتقارير تفيد بأن الأطباء أجروا عمليات استئصال الثدي الجذري (علماً أن استئصال الورم فقط يكفي) وأن النساء لم يتلقين ما يكفي من المعلومات لصنع قرار مطلع[٧].

انتظر قليلاً وسنفعلها عندئذ.

يستقبل قسم الطوارئ في مستشفى المقاطعة عدداً معتاداً من الحالات: بعضها من حـالات الطوارئ الحقيقية وحالات طبية طارئة، والعديد منها من الشـكاوى الطفيفة وحـالات غيـر طارئة أخرى. يتعاقد المستشـفى مع مجموعة لطـب الطوارئ، ولكن النشـاطات الإدارية بما فيها النظم والإجراءات والموظفين هي مسـؤولية المستشفى. أسلوب الحصول على الموافقة نموذجي، حيث يعالَج المرضى فاقدو الوعي بما تقتضيه حالاتهم، أمـا المرضى المؤهلين القادرين على التواصـل فيوقعون على نماذج الموافقة التي تخول علاجهم. يشارك الأهل وأفراد العائلة الآخرين حسب الحاجة لهم وكذلك تواجدهم.

بعد ظهر أحد الأيام أُحضر إلى المستشـفى رجـلٌ بمنتصف العمر وبوعيه تعرض لحادث سـيارة. تم تشيخصه بإصابات داخلية تسـتدعي جراحةً استقصائية. طُلب منـه توقيع نمـوذج الموافقة على العلاج ولكنه رفض لأنه ينتمي لطائفة «الكرستشـن ساينتستس» وينتهك تلقي العلاج عقائده الدينية وطلب طبيباً ينتمي لطائفته.

تمت مناداة الطبيبة المشـرفة على قسم الطوارئ وبعد مراجعة الملف كانت متأكدةً أنها ستحصل على موافقته للجراحة. ناقشت الوضع مع المريض الذي أدرك تماماً أنه بدون إجراء العملية الجراحية هالكٌ لا محالة. استمر في الرفض وطالب تكراراً بطبيب ينتمي لطائفته. تركت الطبيبة المشرفة على قسم الطوارئ منطقة العلاج وهي منفعلة، وقد ارتعش فمها وذقنها من الغضب، وقالت «هذا الرجل يلقي بنفسه إلى التهلكة، وكل ذلك باسم دين يحرم الطب العلمي على أتباعه لا أصدق أنه يفعل ذلك» ثم التفتت إلى الممرضة وهمست «أخبريني عندما يفقد وعيه وسننقذ حياته رغم أفكاره السخيفة».

مثل هذا الخداع يمتهن رغبات المريض التي عبر عنها بوضوح ويدوس عليها بالأقدام. فالمريض مؤهلٌ ومطلع، ورفضه تطوعي. وبالإضافة إلى انتهاك مبدأ احترام الأشخاص (الاستقلالية)، تتجاهل الطبيبة مبادئ الجمعية الطبية الأمريكية (AMA) للأخلاقيات الطبية وعناصر مجلس الجمعية الأساسية للشؤون الأخلاقية والقضائية لعلاقات المريض والطبيب. مثل هذه الأساليب تخلو من الضمير وتتجاوز حدود المعقول.

يجب أن تراعي الفلسفة المنظمية مسبقاً قضايا هذه الحالة، ويشير النقاش حول الطفل دو في الفصل الأول أنه كان على المنظمة أن تتدخل بالتماس المحكمة أن تأمر بإجراء الجراحة المنقذة للحياة. مثل تلك التدخلات تولي أهميةً أقل لمبدأ احترام الأشخاص (الاستقلالية) وقيمة أكثر للإحسان (ونتيجته الحتمية النفعية) وللأبوية. يقلص تركيز المحاكم المتزايد على حقوق الحريات -مثل الاستقلالية- احتمال إرغام عضو طائفة "الكرستشنساينتستس" على إجراء العملية الجراحية حتى لو كانت له أسرةٌ تعتمد عليه لمعيشتها. ويدعم مبدأ عدم الإضرار ما قام به المستشفى، إلا أن فرض العلاج أمرٌ أبوي ويقلص الاستقلالية كثيراً. تشكل المبادئ الأخلاقية المتضاربة في هذه الحالة مأزقاً أخلاقياً للمنظمات والمديرين.

دور المنظمات:

ما هو دور المنظمة في الموافقة؟ يجب أن يعطي المرضى المؤهلون موافقتهم المطلعة الطوعية قبل تلقي العلاج، وهذا مفهومٌ أخلاقيٌ بسيط. ولكن كما هو الحال غالباً، تظهر صعوباتٌ عند تفعيل ذلك المفهوم، ففي بعض الأحيان مثل تلك -الحالات- تنتهك فيها معايير الموافقة أكثر مما تطبق. منذ السبعينات الميلادية ركزت المنظمات أكثر

على الموافقة، وهو ما قد يعكس الخوف من المشـــكلات القانونية أكثر من الرغبة لفعل مـــا هو صوابٌ أخلاقيا. لم تكن المنظمات قبل الســـبعينات تُعنى كثيراً بالموافقة لأنها تبنـــت وضخَّمت النظرة الأبوية التاريخية نحو المريض، وهو منظورٌ يتســـق مع المفهوم الأبوقراطي لعلاقة الطبيب بالمريض.

يجب على أقل تقدير ترســـيخ سياســـات وإجـــراءات الموافقة الثابتة على فلســـفة المنظمة، ويجب مراقبة تطبيقها بانتظام، فإن كانت الفلســـفة تركز على حقوق المريض كما ينبغي لها، ســـيتم بذل الجهود والعمل على صقـــل تلك الحقوق فيما ينبغي تقييد النشـــاطات التي تنقضها وتنتقصها. هنالك ســـبلٌ محددة تخـــوِّل المرضى أن يؤكدوا حقوقهم، ولكنها مكلفةٌ وقد تؤدي إلى علاقات عدائية متناقضة، أحد هذه الســـبل هو توفير محام لكل مريض، أو تأســـيس مكتب محقق الشكاوى (ombudsman) لمراجعة المشكلات ومنع حدوثها في المستقبل.

غالبـــاً ما تكون ظروف وملابســـات الموافقة معقدةً بســـبب وجود عـــدد كبير من المرضى.

متى تكون الموافقة موافقة؟

أُدخـــل هنري فرانكلن قســـم الطوارئ بالمستشـــفى الجامعي، شـــخَّص حالته طبيبٌ معالج بفشـــل طفيف في وظيفة القلب، ولأنه كان في السابعة والثمانين من العمر ويعاني من مضاعفات طبية، نشـــأ خلاف حول المســـار الملائم لعلاجه. فأوصى استشاري القلب بأن يعالج فرانكلن طبياً، وأن يمنح أفضل ما يمكن من نوعية الحياة. وقدر أن يعيش فرانكلن ستة أشهر.

رأى جراحو القلب الذين شـــاركو في الاستشـــارة الأمور بشكل مختلف، إذ أوصوا بتغيير الصمامين الأبهري والمترالي وقدروا أن تمد هذه العملية ســـنتين في حياة المريض. عند شـــرح الخيارين لفراكلن قيـــل له أن احتمال النجاة من العملية يقدر بخمسين بالمئة. فرفض العملية وقرر العمل مع أخصائي القلب.

بعدما علموا بقراره، تدخل الجراحون مباشـــرة مع أســـرة فرانكلن، الذين ســـبق وتناقشـــوا معهم مـــن قبل، فوافقت الأســـرة مع الجراحين وأقنعوا فرانكلن بالموافقة، وهذا مافعله. لم يتحمل بدن فرانكلن مشـــقة العملية ومات في غرفة العمليات.

حتى لو كان فرانكلن مؤهلاً ومطلعاً، فقد صنع قراره الأخير تحت الضغوط، فقد قلصت الظروف القسرية استقلاليته كثيراً. في مثل تلك الحالات يندفع الأطباء والأسرة نحو ما يرون أنه في مصلحة المريض، إلا أنه في بعض الأحيان يحرك كلا الطرفين دوافع تتضارب مع القرارات التي أعرب عنها المريض، فقد تكون للأسرة دوافع نفسية ومالية مختلفة، فيما قد يدفع الأطباء الجرأة التقنية وأحياناً الغرور والغطرسة.

إن التحدي الذي يواجهه المديرون هو ضمان استقلالية المريض، وقد يختار المرضى مساراً لا يكون هو اختيارهم الأول، بل قد لا يكون في مصلحتهم (كما يراها المريض) لأنهم يرضخون لرغبات الآخرين. فقد يخشون الهجران أو غضب مقدم الرعاية لو اختاروا مساراً غير الذي يقترحه مقدم الخدمة أو ما يعتقدون أنه يريد، ومن التعقيدات الإضافية أن المرضى غالباً ما يكونون غير متأكدين مما يجب عمله، فيتذبذبون بين تطبيق علاج صارم أو عدم تطبيقه. يصعب الإبقاء على استقلالية المريض والحفاظ عليها في تلك الظروف وقد يكون مستحيلاً، ومع ذلك يجب محاولة حفظها.

كانت للجراحين أهميةٌ في حالة فرانكلن، وربما أعمى التهور بصائرهم، لعلمهم باحتمال نجاح العملية. كما كانت لأسرته أهميةٌ أيضاً، إذ تتدخل منظمات الخدمات الصحية، معرضةً موقفها للخطر، في المواقف التي تعكس تفاعلات الأسرة رغم أن واجبهم يقع بوضوح تجاه المريض. قد توفر مشاركة لجنة الأخلاقيات في المنظمة حاجزاً مهماً لحماية المريض.

ماهو دور المنظمة في تحديد أن المرضى قد وافقوا على العلاج بطريقة تفي بالمعايير الأخلاقية وتتوافق معها؟ من الأرجح أن يتضح الإكراه الواضح للموظفين، وقد يخفف برنامج تمثيل المرضى الضغوط. ومما يعقد الجهود لضمان الموافقة أن للطبيب الخاص المعالج واجباً أخلاقياً مستقلاً يتمثل في تبليغ المريض عن طبيعة الإجراء المزمع تطبيقه عليه ونتائجه ومخاطره وبدائله. فالطبيب المعالج هو الذي يحدد أن المريض مؤهلٌ يقدر على الموافقة وأنه يفعل ذلك طواعية. ولكن ترى بعض منظمات الخدمات الصحية أن واجبها الأخلاقي هو أن تحدد باستقلالية أن معايير الموافقة قد طُبِّقت أو أن تتأكد من ذلك. لا يطلب البعض الآخر من المنظمات إلا أن يوقع المريضُ إقراراً يؤكد أن طبيبه المعالج قد أبلغه عن الإجراء المزمع وأن بإمكان المستشفى المشاركة في تقديم الرعاية التي سبق أن وافق عليها المريض.

ما لم يتأكد إبلاغ المرضى عن العلاج بطريقة تفي بمعايير المنظمة، فالمسار المفضل

أخلاقياً هو مشـاركة الموظفين، على الأقل حتى يؤكدوا أنه تم إطلاع المريض وإبلاغه وأنه مؤهل. وعلى المدير أن يحقق واجب المنظمة الأخلاقي الإيجابي بمراقبة الموافقة، التي تشـمل عمليات وإجراءات لمسـاعدة وإرشاد الموظفين حسب الحاجة لذلك. كما يسـتفيد الموظفـون من الأطباء وغيـر الأطباء مـن التثقيف عن الأبعـاد الأخلاقية (والقانونية) للموافقة.

تتميز قضية هنري فرانكلن عن قضية المنتمي لطائفة «الكرستشن ساينتستس»، إذ كان لدى فرانكلن متسعٌ من الوقت ليتفكر في قراره الذي من البديهي أنه تأثر بعمره، وكان المريـض الآخر في منتصف العمر وكان يحتمل أن يتبقى له من العمر عشـرات السـنين، وفيما عدا هذا الفرق الواضح تثير كلتا الحالتين تسـاؤلات حول استقلالية المريض وعلاقتها بمبادئ الإحسان وعدم الإضرار. يحدد الثقل والأهمية التي تعطى لتلك المبادئ – في الفلسفة المنظمية والأخلاقيات الشخصية لكل من له علاقة بالأمر من الأشخاص – النتيجة النهائية للعلاج.

يواجه مديرو مرافق دور المسـنين قضايا أخلاقية فيما يتعلق بالموافقة شبيهة بتلك التـي يواجهها نظراؤهم في مستشـفيات الرعاية الحادة، فمن الأرجح أن يتعقد صنع القرار في دور رعاية المسـنين بعوامل مثل أهلية المرضى، أو بسـبب هجر أسرهم لهم والتخلي عنهم، ولذلك تتطلب العملية معاملةً خاصة.

أعتزم أن أكون مستقلاً.

يبلـغ أوليفر هاريس الثانية والثمانين مـن العمر وله في دار «فايف أوكس» لرعاية المسـنين سبع سنوات، عندما سـعى إلى الدخول في رعاية الدار تم تقييمه ووجد أنه يحتـاج الرعاية التي توفرها الدار احتياجاً طفيفـاً، ولكونه مريضاً ذاتي الدفع قررت الإدارة قبوله، ولخمس سـنوات كانت صحته لا تتطلب إلا رعايةً بسـيطة، وفي السنة السادسة بدأت تظهر عليه أعراض الخرف، وتبين من التقييم الطبي أنه تعرض لعدد من السكتات الدماغية الصغيرة. يحب هاريس أن يتزاور ويتبادل أطراف الحديث مع النـزلاء الآخرين أثناء تجوله في أرجاء المرفق. نتجت حالته البدنية المتدنية عن عدد من السقطات التي سببت جروحاً وكدمات ولكن لم تسبب كسوراً في العظام.

نوقشت حالة هاريس في اجتماع للموظفين وكان الإجماع على تقييده بدنياً بحيث لا يتمكن من التحرك باستقلالية وفي ظل الأدلة والضوابط الفيدرالية.

لا يمكن هذا إلا بأمر طبيب هاريس، وشـك الموظفون في موافقة الطبيب، ولكنهم كانوا على قناعة بأنها قضية وقت فقط قبل أن يسـقط هاريس ويصاب بكسر إن هو اسـتمر في السير بدون مساعدة. كما أيقن الموظفون أيضاً أنه حتى لو أمر الطبيب بتقييد هاريس فإنه سـيقاومهم. وعند مناقشة الأمر مع هاريس كان متصلباً متشبثاً بعدم تقييد حريته، إلا أن ابنته وافقت على أنه من الحكمة تقييد حريته بدنياً.

يواجه الموظفون والإدارة مأزقاً وهو كيفية الوفاء بواجب عدم الإضرار نحو هاريس بينما يعظمون اسـتقلاليته تحت مبدأ احترام الأشخاص؟ وهاريس مؤهلٌ عقلياً ليقرر فـي تقييد حريته البدنية. يتضح للموظفـين (ولهاريس) أن صالحه في خطر، إذ من الأرجـح أن تؤدي إصابةٌ بليغة إلـى تدهور صحته، ولا يبدو أن الموظفين مبدعون جداً في إيجاد سـبل تمكنه من التجول بأمان. ويجب تقصي تلك الخيارات والسـبل أولاً، ويجب اختبار وتجربة الإمكانيات المختلفة لفترات قصيرة. وإن لم يمكن إقناع هاريس بتقبـل تقييد حركته يجب أن يسـمح له بحرية التنقل في المرفـق. ولكن هل يختلف اختيار هاريس للسـير دون قيد عن شـخص فتي يقرر القفـز بالمظلة أوقفز البنجي أوالتزلج المتهور؟

التعليم الطبي:

تعلقت قضية ريتشـارد وايدنر في الفصل السـابع بمشـكلات الموافقة في سياق التعليم الطبي، فقد نوم وايدنر في المستشفى لإجراء قسطرة القلب إثر شعوره المتكرر بآلام في الصدر. قادته أخصائية القلب إلى الاعتقاد بأنها هي التي ستؤدي العملية، ولكن في واقع الأمر أجرى القسـطرة أحد الأطباء المقيمين في قسـم أمراض القلب. انتهـك ذلك الزيف حق وايلدر في الاسـتقلالية وصنع القـرار المطلع مما أثار غضبه كثيراً. هناك توترٌ جسـيم بين احتياجات التعليم الطبي المقبولة وحق المرضى في أن يعاملوا بكرامة واحترام، إلا أن الاثنان لا يتعارضان.

التعليم الطبي مصدرٌ رئيسـي لمشكلات الموافقة، وخاصةً فيما يتعلق بعلم المرضى بمن سـيقوم بعلاجهم. اعتمدت استنتاجات فريق عمل مكلف من مجلس نواب ولاية نيويورك على مقابلات مع رؤسـاء أقسـام الجراحة والجراحين المعالجين والجراحين المقيمين وأخصائيي التخدير في أربع وثلاثين من مستشفيات الولاية، وورد في تقرير الفريق ما يلي:

- لا يؤدي الجراحون الذين استشارهم مرضى الجراحة في المستشفيات التعليمية عمليات الجراحة الخاصة بأولئك المرضى بل يقوم بها جراحو الامتياز. الذين يقومون بما بين (٥٠٪) إلى (٨٥٪) من العمليات الجراحية في المستشفيات التعليمية.
- على الرغم من أن معظم الجراحين المقيمين لا يؤدون العمليات الجراحية إلا تحت إشراف الجراح المعالج المباشر، إلا أن بعض الجراحين المقيمين قاموا بعمليات دون إشراف، وغادر بعض الجراحين المعالجين غرفة العمليات قبل نهاية العملية أو قبل خياطة الجرح.
- لا يدرك معظم المرضى درجة مساهمة الأطباء المقيمين في عملياتهم، ولا تعطي نماذج الموافقة التي تدرج اسم الجراح المعالج "ومن يختار من مساعدين" للمريض إشارةً ذات معنى إلى أن جراحاً مقيماً قد يقوم بالعملية الفعلية[٨].

أكد معدو التقرير على عدم وجود أي برهان على أن السماح للجراحين المقيمين بالمشاركة الفعالة في العمليات الجراحية سبّب أي أذى للمريض، إلا أن باحثين آخرين كانوا أقل يقيناً من ذلك، وأشاروا إلى أن الأذى للمرضى من الرعاية التي يقدمها أطباء تحت التدريب قد يكون أكثر انتشاراً مما يعرف عامةً[٩]. ووقوع الأذى هو مقياس نفعي، وأتباع فكر (كانت) لا يهتمون بالمخرجات بل يحددون ما إذا كانت الأفعال تفي بمعايير احترام الأشخاص، وتضليل المرضى والكذب عليهم ينتهك هذا المبدأ.

تناول التقرير موضوع الإفصاح اللازم للموافقة المطلعة والإشراف الكافي لضمان سلامة المرضى، كما أوصى بضرورة حصول الأطباء على موافقة المرضى حول كل شخص يشارك في العملية وحذف العبارات المبهمة (مثل "من يختار الجراح من مساعدين") من نماذج الموافقة. شجعت التوصيات على الإشراف الكافي؛ بالحد من عدد المرضى الذي يمكن أن يعالجه الجراح وعدد غرف العمليات التي يمكن أن يحجزها الجراح في الوقت نفسه[١٠].

تناولت الجمعية الطبية الأمريكية (AMA) والمجمع الأمريكي للجراحين (American College of Surgeons- ACS) قضية التعليم الطبي والموافقة على العلاج، ويتفقان على أنه إذا قام جراح مقيم -عوضاً عن الجراح الذي استشاره المريض- بأداء العملية الجراحية فعلاً فيجب إبلاغ المريض بذلك وأن يوافق على هذا الإحلال، وينص تقرير مجلس الشؤون الأخلاقية والقضائية في الجمعية الطبية الأمريكية على ما يلي:

يعد الجراح الذي يسمح لبديل ان يجري عمليةً على مريضه بدون علم المريض وموافقتــه مخادعــاً. ويحق للمريــض أن يختار طبيبه وينبغي الســماح له بتقبل أو رفض الإحلال.

فــي ظــل التدابيــر الطبيعيــة المعتــادة مــع المرضــى وبالإشــارة لنمــوذج موافقة الجراحــة المعتــاد يُلــزم الجــراح المعالــج بإجــراء العملية، ولــه أن يســاعده جراحون مقيمــون أو جراحــون آخرون وذلك بموافقــة المريض، لا يعد تفويض الجراح المعالج لمساعده - بأداء بعض جوانب العملية- أمراً غير اخلاقي، شريطة ان يتم ذلك تحت إشــراف الجراح وبمشاركته، اي ان على الجراح أن يستعد للعملية ويتواجد في غرفة العمليــات. وإن كان مــن ســيقوم بالعمليــة جراح مقيــم أو جراح آخــر - غير الجراح المعالج بدون إشــرافه ومشاركته - فعليه أن يفصح عن ذلك بالكامل للمريض ويجب إثبات ذلك بالإقرار الملائم المشــمول في نموذج الموافقة. وتحت تلك الظروف يصبح الجراح المقيم أو الطبيب الآخر هو الجراح المعالج[11].

يكــرس المجمع الأمريكي للجراحــين الجزء الثاني من تقريــره لمبادئ عن «علاقة الجراح بالمريض» وفي الجزء بعنوان « العملية: مسؤولية الجراح»، ينص على:

الجراح مســؤولٌ شــخصيا عن ســلامة المريض ومصلحته خلال العملية... وقد يفوض الجراح جزءاً من العملية لزملائه أو لجراحين مقيمين تحت توجيهه وإدارته الشــخصية وذلــك لأن الجراحة الحديثة غالبــاً ما تكون مجهــوداً جماعياً. وإن كان جراحُ مقيم ســيؤدي العملية -ويوفر الرعاية المستمرة للمريض تحت إشراف الجراح المعالج العام- فيجب أن يكون لدى المريض علمٌ مسبقٌ بذلك. ولكن لا يمكن تفويض مســؤولية الجــراح الشــخصية أو التملص منها. ويعد من اللائــق تفويض أداء جزء مــن عمليــة ما للمســاعدين، شــريطة أن يكون الجراح مشــاركاً فعالاً خــلال الأجزاء الرئيسية من العملية. فالهدف الأساسي هو سلامة المريض.

من غير الأخلاقي تضليل المريض فيما يتعلق بهوية الجراح الذي يؤدي العملية. ينطبــق هــذا المبدأ على الجــراح الذي يؤدي العملية في الوقــت الذي يعتقد المريض أن جراحــاً آخــر يؤديهــا («جراحة الشــبح») كما ينطبق هذا المبدأ علــى الجراح الذي يفوض جراحاً آخر بأداء عملية دون علم أو موافقة المريض[12].

لا لبس أو غموض في تلك العبارات، يجب إبلاغ المريض بمشــاركة جراح مقيم في العمليــة، إلا أن البراهين تشــير إلى أن هذه المبادئ غالباً تنتهــك. يبرز التعلم أثناء العمل في أوضح صوره في التدريب الجراحي، إلا أنه لا يوجد فرقٌ أخلاقي بين جراح مقيم يحمل مبضعاً وطبيب مقيم يصف علاجاً أو دواءً تحت إشــراف الطبيب المعالج إذا لم يمنحهم المرضى الموافقة على المشاركة في رعايتهم.

وبشـــكل عام، يتلقى موضوع موافقة المرضى على العـــلاج في محيط التعليم الطبي اهتمامـــاً وعنايـــةً غير كافية، وتتـــراوح الأمثلة من إجراء فحص للحوض لنســـاء تحت التخدير دون موافقتهن (٣٧٪ من كليات الطب درست فحص الحوض بهذه الطريقة) إلى إجراء عمليات (لأغراض تعليمية) على جثث متوفين دون الحصول على إذن من أسرهم. سمح تقريباً نصف برامج طب الطوارئ المعتمدة للأطباء تحت التدريب بإجراء عمليات على متوفين، اعترف ثلاثة أرباعهم بأنهم لم يحصلو أبداً على موافقة أســـرة المتوفى[١٣]. يتزايد رفض مثل تلك المخالفات لأن «المريض» لا يجني أي فائدة علاجية منها.

تحـــدث خروقٌ أخلاقيـــة مماثلة في البيئـــة الطبية غير الجراحيـــة أيضاً، مع أن الفحوص ومشاركة الأطباء تحت التدريب تشكل خطورةً أقل على المرضى من مشاركة الجراحـــين تحت التدريب، إلا أن نفـــس المبادئ الأخلاقية تنتهك إذا لم يوافق المرضى على المشاركة في التعليم الطبي.

الدور والمنزلة غيرمؤكدين:

يعمل فـــي مركز طبي معروف عالمياً عددٌ كبيـــرٌ من الأطباء، يصنف الاستشاريون في أعلى منزلة وقد حازوا على الزمالة ونالوا مكانةً رفيعة فـــي المنظمة. ويليهـــم أطباء الزمالة والأطباء المقيمـــون الذين يعالجون المرضى تحت الإشـــراف العام من الاستشـــاري الـــذي تم تعيينهم لديه. أطبـــاء الزمالة والمقيمون مرخصون من الولاية وتم تقييمهم خلال إجراء اعتمـــاد تأهيلي. يعمل أطباء الزمالة باســـتقلالية أكبـــر من المقيمين، الذين قد يكونون في مراحل مختلفة من تدريبهم بعد كلية الطب، وتكون مرجعيتهم في العمل إلى أطباء الزمالة أو الاستشـــاريين، حسب الخدمة الإكلينيكية التي يعملون بها ورغبات الاستشاري.

يرتـــدي الأطباء من الفئات الثلاث نفس النوع من إشـــارات الاســـم والتـــي لا تحدد الفئة التي ينتمـــون إليها، أو موقعهم في هرمية المنظمة. وعـــادةً يفحـــص المريـــض أولاً طبيبٌ مقيـــم أوطبيب زمالة، ونـــادراً ما يعرفون بأنفســـهم للمريض عدا التصريح بشيء مثل قولهم: «مرحبا أنا الدكتور كذا». يدرك المرضى المحنكون أو المتمرســـون أن طبيب زمالة أو مقيـــم -عادةً- يقوم بالفحص الأولـــي أو أول تفاعل مع المريض. ويليهم الاستشاري بعد ذلك بالتشاور مع طبيب الزمالة أو المقيم.

> تجرأت إحدى المريضات بسؤال الاستشاري الذي كشف عليها في مراجعة سابقة عن دور الطبيبين اللذين سبق وكشفا عليها. بل تساءلت بصوت مسموع لماذا لم تُخبَر بأنهما تحت التدريب وكما قالت: «إذا ما كانا مؤهلين بما يكفي ليكونا طبيبيها».

هنالك براهين على أن المشكلة التي ذكرت أعلاه شائعة الانتشار وقد وجدت إحدى الدراسات[١٤] ما يلي:

قدم الأطباء المقيمون أنفسهم بالدكتور (٨٢٪) من الوقت ولكنهم قدموا أنفسهم كطبيب مقيم (٧٪) من الوقت فقط. فيما قدم الأطباء المعالجون أنفسهم «بدكتور» (٦٤٪) من الوقت، وفقط عرف (٦٪) منهم بنفسه أنه الطبيب المشرف. شعر المرضى أن معرفة مستوى تدريب طبيبهم في غاية الأهمية ولكن أغلبهم لم يعرف.

بالإضافة للتوقعات الأخلاقية التابعة للموافقة المطلعة، فالمعلومات عن المستوى التدريبي تهم المرضى، فالمرضى في أقسام الطوارئ يفضلون ألا يعالجهم المتدربون، وقد كان المرضى العارفون بمؤهلات الأطباء أقل استعداداً وتقبلاً لمعالجتهم من متدربين أدنى رتبة[١٥].

يحدث التساهل في الحصول على موافقة المريض (أو أسرته) لأهداف التعليم الطبي رغم ما تبذله هيئات الاعتماد كالهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية (JCAHO) ولجنة الاتصال للتعليم الطبي (Liaison Committee on Medical Education) اللتين تركزان على تطبيق الموافقة على العلاج الصحيح. وتثير هذه القضية تساؤلات حول كفاية وملاءمة الموافقة على العلاج وتؤكد الحاجة لعناية واهتمام أكبر من المنظمات ومديريها.

يتوافق التعليم الطبي وموافقة المرضى على العلاج وليس هناك تضاربٌ بينهما، ولكن قد يخشى المعلمون الطبيون أن يحد الحصول على موافقة صريحة من الفرص التعليمية ويقلصها؛ وبالتالي ينقص جودة البرامج التعليمية. من الأرجح أن يتعاون المرضى وأسرهم لو طلب منهم المساعدة في احتياجات التعليم[١٦]. وإضافةً إلى ذلك من الأرجح أن يتعاون المرضى لو علموا أن أطباء تحت التدريب سيؤدون دوراً في رعايتهم[١٧]. ولكن يجب احترام قرارات المرضى الذين لا يوافقون على مشاركة الأطباء المقيمين في رعايتهم، أو أن يشجَّعوا على طلب الرعاية في مكان آخر، ويبين تجاهل استقلاليتهم وحريتهم قصوراً في الالتزام الأخلاقي بحقوق المرضى، وأن المنظمة

وموظفيهـا ينتهكون التزاماتهم الأخلاقية تجـاه المرضى وأن المديرين ينتهكون فضائل الأمانة (honesty) والموثوقية (الجدارة بالثقة) (trustworthiness).

الخاتمة:

تنـاول هذا الفصل القضايا الأخلاقية لموافقة المريض على العلاج، وعلى منظمات الخدمـات الصحية ومديريهـا أن يعدوا المتطلبات القانونية الحد الأدنى. إذ يجب أن تكون المبادئ الأخلاقية هي الأساس لعلاقة قوية مع المريض، تنبع هذه العلاقة الحرة من الاستقلالية والاحترام الواجبين للمريض.

يتطلب تفعيل الرغبة والحاجة لمشـاركة المرضى الكاملة في موضوع الموافقة عنايةً إدارية لعملية وإجراءات الموافقة؛ التي ليست أمراً سهلاً بحد ذاتها. إذ تعني المشاركة الأكثـر حدوث تجـاوز لتاريخ قديم من الأبويـة الطبية وتثقيف المرضـى إضافةً إلى تشجيعهم ومساعدتهم على المشاركة الفعالة.

من المشـكلات الأخلاقية المهمة موضوع توفيـر المعلومات عن العلاج للمرضى في منظمـات الخدمات الصحية التي يجـرى فيها التعليم الإكلينيكـي. يواجه المديرون عوائـق كثيرة في إقناع الطاقم المعالج والمتدربـين بأن إبلاغ المرضى بالكامل لن يؤدي إلى «نقص في المواد الإكلينيكية» المتاحة للتعليم. وتشـير البراهين إلى أن القليل من المرضى سيرفضون بعد إخبارهم وتوفير المعلومات لهم، بل هناك ما يدعو إلى الاعتقاد أن المرضى سـيوافقون على نحو سـاحق بمشـاركة الأطباء والجراحين المقيمين في علاجهـم. وبغض النظر يجب أن تكون احتياجات التعليم الطبي ثانوية عند ارتباطها بحقوق المرضى في الموافقة.

الهوامش:

1. Nicole Davis. Anne Pohlman, Brian Gehlbach, John P. Kress, Jane McAtee, Jean Herlitz, & Jesse Hall. (2003, April 16). Improving the process of informed consent in the critically ill. Journal of the American Medical Association 289(15), pp. 1963–1968.

2. Duncan B. Hughes, Brant W. Ullery, & Philip S. Barie. (2008). The contemporary approach to the care of Jehovah's Witnesses. Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care 65(1), pp. 237–247.

3. Donald T. Ridley. (1995, February). Working with Jehovah's Witnesses on treatment issues. Hospital Law Newsletter 12(4), p. 6.

4. President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1982). Making health care decisions: A report on the ethical and legal implications of informed consent in the patient–practitioner relationship. Volume 1: Report. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

5. Case authored by Carey Lafferty, MHSA, Washington, D.C. Used by permission. (2011).

6. Jay Katz. (1977, Winter). Informed consent—A fairy tale. University of Pittsburgh Law Review 39, pp. 137–174.

7. Breast cancer law opposed in Richmond. (1983, August 12). Washington Post, p. A4.

8. Margaret Keller Holmes. (1980, May). Ghost surgery. Bulletin of the New York Academy of Medicine 56(4), p. 414.

9. Toby Cohen. (1983, September 20). The high cost of bad medicine. Washington Post, p. A15.

10. Holmes, p. 415.

11. American Medical Association Council on Ethical and Judicial Affairs. (1994, June). Code of medical ethics: Opinion 8.16—Substitution of surgeon without patient's knowledge or consent. Retrieved December 26, 2010, from http://www.ama-assn .org/ ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opin ion816.shtml.

12. American College of Surgeons Board of Regents. (2004, March). Statements on principles. Retrieved December 19, 2010, from http://www.facs.org/fellows _info/ statements/stonprin.html. Emphasis added.

13. Robin Fretwell Wilson. (2008). "Unauthorized practice": Regulating the use of anesthetized, recently deceased, and conscious patients in medical teaching. Idaho Law Review 44(432).

14. Sally A. Santen, Tricia S. Rotter, & Robin R. Hemphill. (2007, December 21). Patients do not know the level of training of their doctors because doctors do not tell them. Journal of General Internal Medicine 23(5), pp. 607–610.

15. Daniel J. Pallin, Rachel Harris, Camille I. Johnson, & Ediza Giraldez. (2008, December). Is consent "informed" when patients receive care from medical trainees? Academic Emergency Medicine 15(12), pp. 1304–1308.

16. Wilson.

17. Martin L. Kempner. (1979). Some moral issues concerning current ways of dealing with surgical patients. Bulletin of the New York Academy of Medicine 55(1), pp. 62–68.

الفصل العاشر

الموت

المــوت والوفاة من حقائق الوجود الانســاني، وكما هو الحــال في الإجهاض، فإن القضايا الأخلاقية المتعلقة بالموت غالباً ما تســتحث ردود فعل عاطفية من الجمهور، وكذلــك من الكثير من ممتهنــي الرعاية الصحية. تتبع القضايا الأخلاقية للموت من أمــور مثل علاج حديثي الولادة الذين يعانون من عجز حاد ولا تحتمل نجاتهم، ورعاية الأطفال أو الكبار الذين يعانون من مرض عضال فتاك ولا يمكن أن يكونوا مستقلين.

تقبــع التقنية في صلــب الموضوع، فمنذ الســبعينات الميلاديــة أدت ديلزة الكلى والتنفس الميكانيكي والعقاقير القلبية ووحدات الرعاية المركزة إلى تأجيل نهاية الحياة. كمــا أدت تطوراتٌ مماثلة إلى تمكين حديثي الولادة -الذين كانوا ســيموتون لو ولدوا فــي الثمانينــات- من النجاة اليوم. لقد كُتب الكثير عن التســاؤلات التي تثيرها مثل تلك التقنية، ولكن لا يوجد إلا القليل من مســارات العمل المقبولة. وأحياناً ينتج مأزق أخلاقي عندما يطلب شخص ما من منظمة الخدمات الصحية مساعدته في الوصول إلى الموت بلا ألم.

مــا يزيد تعقيد تلك القضايا الأخلاقية أن الكثير منها لم يطوَّر كثيراً في القانون. إن التعمد في تقصير حياة المريض يثير تساؤلات أخلاقية وقانونية مهمة، ولكن تتردد هيئات المحلفين (Juries) في إدانة من يرتكب ذلك، حتى عند اســتخدام ســبل عنيفة لإنهاء حياة مليئة بالألم لشخص مصاب بمرض عضال فتاك.

أشــار الفصل التاســع إلى أنه في بداية الثمانينات الميلادية أوصت لجنة الرئيس لدراســة المشــكلات الأخلاقية في الطب والبحوث البيوطبية والســلوكية بعلاقة بين الطبيب والمريض تعظم حرية المريض فيما هو يشارك بفاعلية في عملية صنع القرار. إلا أنــه غالباً فــي الوقت الذي يجب فيه اتخاذ قرارات طبية حاســمة، يكون المريض في وضع لا يســمح له بالمشــاركة الفعالة وقد لا يكون مؤهلاً. إن توفرت التوجيهات الطبية المســبقة فهي تساعد، ولكن قد تتجاهلها الأســر ومقدمي الرعاية. وهي من الأخلاقيــات الطبية المكرســة للحفاظ على الحياة ودرء المــوت، وعادةً تؤدي الحتمية

التقنية إلى التوســـع في جميع الجهود، التي كثيراً ما تكون نتائجها هامشيةً محدودة، ويتضح للجميع التكاليف الاقتصادية والعاطفية والنفسية المتراكمة لتلك الجهود.

قد يشـــعر المديرون بالضيق والقلق عند مناقشة الموت والوفاة، وقد يرون أن صنع القرارات عند نهاية الحياة أمرٌ إكلينيكي صرف، وهو موقفٌ لا يؤدون فيه أي دور. مما لا شك فيه أن الأطباء يحتلون مركز الصدارة في تلك الظروف المأساوية، إلا أن تأثير مثـــل تلـــك القضايا في المنظمة يتطلب أن يكون المديرون على دراية بها وأن يشـــاركوا بفاعلية في تطوير وتطبيق السياسات والإجراءات، كما يجب عليهم أيضاً المشاركة في أعمال اللجان المتعلقة بتلك الأمور.

في منتصف الثمانينات الميلادية تم التمييز وتحديد الفروق بين العلاجات التي تمد (prolong) فـــي الحياة وتلك التي تعززها (sustain). إلا أنه منذ ذلك الحين، تداخل المفهومان ويطلق على الاثنين معاً الآن «العلاجات التي تعزز الحياة «(life-sustaining treatments). والمعالجة التي تعزز الحياة هي: «أي علاج قد يؤدي إلى إطالة الحياة بدون أن يعكس الحالة الطبية الأساســـية أو يبطلها، وقد تشمل تلك المعالجة (تقنيات مثل التنفـــس الميكانيكي، والديلـــزة الكلوية، والعلاج الكيمـــاوي، والمضادات الحيوية، والتغذية والإماهة الصناعية[1]) ولكنها ليست محدودةً بها».

تعريف الموت:

عرف المـــوت تاريخياً بتوقف دوران الدم وتوقف الوظائف الحيوانية والحيوية التي تعتمـــد على الدورة الدموية؛ كالتنفس، والنبض. ولكن بينت التقنيات الحديثة أن هذا التعريـــف منتقصٌ غير ملائم. ويلخص الجدول (٣) تعريفات الموت، وتوفر التعريفات -المبنية على أســـاس قانوني أو لاهوتي ديني- إرشـــاداً وتوجيهاً محدوداً للإكلينيكيين المعاصرين.

فـــي عام (١٩٦٨م) عرفت لجنة من كلية الطـــب بجامعة هارفارد «الغيبوبة الثابتة» (irreversible coma)، الأمـــر الذي حل بعض المشـــكلات وخلـــق أخرى، ورافق معيار هارفـــارد تقريـــرٌ ينص على أن الطبيب هو الوحيد القـــادر على تحديد حالة المريض، وعندما يتضح أن حالة المريض ميئوسٌ منها يوصى باتخاذ خطوات محددة كالتالي:

> «تعلـــن الوفـــاة ثم تغلـــق أجهزة التنفـــس الصناعي، ويتخذ هذا القـــرار و يتحمل مســـؤوليته الطبيب المشـــرف، بالتشـــاور مـــع طبيب أو أكثر ممن شـــاركوا مباشـــرةً في الحالة. ليس من الصحيح أو المرغوب فيه إرغام الأسرة على اتخاذ القرار[2]».

هذه الفقرة المقتبسة تستحق الذكر بسبب التغيرات في توجهات المجتمع ومداركه التي حدثت منذ سنة ١٩٦٨م، بما في ذلك التركيز على استقلالية المريض والتشريعات المتعلقة بالموت الطبيعي، ومشاركة الأسرة في صنع القرار وتأسيس لجان الأخلاقيات المؤسسية (Institutional Ethics. Committees - IEC). قلصت تلك التغييرات أحقية الطبيب وأولويته في صنع القرار.

قريباً من الوقت الذي تم فيه تطوير معايير هارفارد، أصدرت محكمة في ولاية فرجينيا أحد أوائل الأحكام التي تقبل الموت الدماغي[٣]. وأثارت تلك القضية مواضيع حول الموافقة على العلاج، والمعايير والإجراءات الملائمة لتحديد الوفاة، كما أثارت أيضاً قضايا تتعلق بتضارب المصالح والإحسان وعدم الإضرار والفلسفة المنظمية والأخلاقيات الإدارية. وقد حاول الأطباء ذوو العلاقة بقضية محكمة فرجينيا استخدام معيار الموت الدماغي، ولكنهم فشلوا في تحقيق معايير هارفارد لعدم وجود مخطط كهربية الدماغ (electroencephalogram) للتحقق من نشاط الدماغ كما تم إيقاف التنفس الصناعي قبل إعلان وفاة المريض. رغم الهفوات والزلات، فقد غيرت المحكمة مجرى التاريخ القضائي بقبول تحديد وفاة المريض باستخدام معيار الموت الدماغي. طور المؤتمر الوطني حول القوانين المتماثلة للولايات قانون التحديد المتماثل للموت (Uniform Determination of Death Act - UDDA) في عام (١٩٨٠م) بالتعاون مع الجمعية الطبية الأمريكية (American Medical Association – AMA) ونقابة المحامين الأمريكية (The American Bar Association- ABA). اعتمدت الجمعية والنقابة قانون التحديد المتماثل للموت رسمياً في عام (١٩٨٠م) وعام (١٩٨١م) على التوالي[٤]. ويوفر القانون تعريفات بديلة للموت، يستخدم أحدها التعريف التقليدي – أي توقف دائم للنبض (الوظائف الدورية والتنفسية)، ويستخدم الآخر الموت الدماغي الكامل. وبحلول (٢٠٠٨م) تم سن صيغة من صيغ قانون التحديد المتماثل للموت في خمسين ولاية ومنطقة كولومبيا[٥] (العاصمة). وينص القانون المتماثل على ما يلي:

«الفرد الذي تعرض لإحدى حالات (١) توقف دائم للوظائف الدورية والتنفسية، أو (٢) توقف دائم لجميع وظائف كامل الدماغ، بما فيها جذع الدماغ، هو ميت. ويجب تحديد الوفاة وفق المعايير الطبية المقبولة»[٦].

مفهوم الموت (حكم فلسفي أو ديني بالتغيير الكبير جوهرياً عند الموت)	موضع الموت (الموضع الذي يفحص لتحديد ما إذا كان الشخص قد مات)	معايير الموت (المقاييس التي يستخدمها الأطباء أو مسؤولون آخرون لتحديد إذا كان شخص قد مات. تحددها الدراسات التجريبية)
١- فقدان سوائل حيوية دائم (كالدم والنفس)	القلب والرئتين	الملاحظة البصرية للتنفس ربما باستخدام مرآة تحسس النبض وقد يكون بمساعدة مخطط القلب
٢- خروج الروح من الجسم	الجسم الصنوبري (؟) (حسب فكر ديكارت) القناة التنفسية (؟)	مراقبو التنفس(؟)
٣- فقدان القدرة الدائم على تكامل البدن وتوحيده.	الدماغ	عدم الحسية والتجاوب، بدون حراك البدن وتوحيده أو تنفس، بلا منعكسات باستثناء النخاعية، تسطح مخطط كهربية الدماغ (ويستخدم كبرهان تأكيدي) يجب تكرار جميع الفحوص بعد ٢٤ ساعة باستثناء خفض الحرارة و هبوط في الجهاز العصبي المركزي بسبب المخدرات.
٤- فقدان الوعي الدائم أو القدرة على التواصل الاجتماعي	غالباً في القشرة الدماغية	مخطط كهربية الدماغ

مقتبس من:
Veatch, R.M.S. (1976). Death, dying, and the biological revolution: Our lost quest for responsibility (p. 53). New Haven: Yale University Press. Copyright © Yale University Press. Used with permission. This table has been modified using material from the 1989 second edition.

ملحوظة: يعرف الموت بتغير كامل في وضع كائن حي يتصف بالفقدان الدائم لتلك الميزات التي هي ذات أهمية لبقائه. المفاهيم الممكنة والمواقع والمعايير الخاصة بالموت هي أكثر تعقيداً بكثير مما ورد هنا. فهذه المفاهيم هي نماذج مبسطة تستخدم لتعريف الموت. من الواضح أن الذين يؤمنون أن الموت يعني الفقدان الدائم على قدرة التكامل البدني (٣) أو فقدان الوعي الدائم (٤) لا يتحفظون على إعلان الوفاة عندما يتوقف القلب والرئتين عن العمل، وذلك لأنهم على استعداد لاستخدام توقف نشاط القلب والرئتين كمعيار مختصر للموت، معتقدين أنه ما إن يتوقف القلب والرئتين فإن الدماغ أو القشرة الجديدة سيتوقفان بالضرورة أيضاً.

ملحوظة: تدل (؟) في الجدول على الغموض والالتباس.

الجدول (٣): تعريفات الموت.

صــادق على قانون التحديد المتماثل للموت الهيئة الوطنية للكلى، واتحاد منســقي زراعة الأعضاء في أمريكا الشمالية، واتحاد ممرضات الكلى الأمريكي[٧].

نــورد أدناه تعريف المــوت الدماغي كما يظهر في تعريف قانــون التحديد المتماثل للموت آنف الذكر أو أحد أشكاله، والذي يستخدم حالياً كمعيار بديل للموت:

> النتائج الرئيســية الثــلاث في الموت الدماغي هــي الغيبوبة أو عدم التجاوب، وغياب المنعكسات الدماغية، وعدم التنفس. ويشمل الفحص الإكلينيكي لجذع الدماغ اختبار منعكسات جذع الدماغ، وتحديد استطاعة المريض على التنفس التلقائي، وتقييم الاستجابات الحركية للألم[٨].

تختلــف التعريفات بعض الشــيء، ولكن تم تبني مفهوم المــوت الدماغي الكامل – ويعــرف بالتوقف الدائم لجميــع وظائف الدماغ، بما فيها وظائف القشــرة الدماغية وجذع الدماغ – من قبل الجمعية الطبية الأمريكية (AMA) ونقابة المحامين الأمريكية (ABA)، والمجمع الأمريكي لطب الأعصاب (American Academy of Neurology). وتستمر الجهود لجعل التحديد الإكلينيكي للموت الدماغي أكثر دقةً ومعيارياً[٩]. وأصبح استخدام موت الدماغ الكامل قانوناً في (٤٦) ولاية أمريكية[١٠،١١].

مــع التقدم العلمي وتزايــد تطوير التقييمات المتطورة والتشــخيص الدقيق لحالة المريض، وخاصةً في مجال تخمين مآل الوضع الصحي (prognosis)، قد تحل المعايير التي تدمج العوامل النفســية محل معيار موت الدماغ. من أبرز تلك المعايير المقترحة، المقــدرة أو المقدرة المحتملة للتواصل الاجتماعي، ويثير هذا التعريف قضايا أخلاقية، ويعرِّض للخطر أولئك الأشخاص الذين تنقصهم قابلية التواصل الاجتماعي النمطي (كالأشخاص الذين يعانون من عجز إدراكي شديد). وقد طبِّق تعريفٌ يشمل انتقاص القــدرة على التواصل الاجتماعي النمطي عندما تُرك أطفال يعانون من تخلف عقلي، كالطفل الصبي دو، لمواجهة الموت. تحظرالأنظمة والقوانين الفيدرالية منذ الثمانينات الميلاديــة مــن القرن الماضــي تطبيق معايير جــودة الحياة، بالتحديــد على الرضع العاجزين الذين يعانون من حالات طبية تعرض حياتهم للخطر، ولكن البراهين تشــير إلى انتشار استخدام معايير جودة الحياة ولو ضمنياً، في صنع القرارات لفئات أخرى من المرضى.

التوجيهات الطبية المسبقة:

عندما طبق في ديسمبر عام (١٩٩١م) القانون الفدرالي لتقرير المصير للمرضى (Patient Self-Determination Act- PSDA) الذي سُن في عام (١٩٨٩م)، تلقت الجهود لتحقيق مشاركة المرضى في قرارات رعايتهم الصحية والتحكم فيها زخماً مهماً، إذ يتطلب ذلك القانون - من المستشفيات ودور رعاية المسنين ومأوى المرضى الميئوس من شفائهم ووكالات الرعاية المنزلية ومنظمات الرعاية المدارة التي تشارك في برنامجي مديكير ومديكيد الفدراليين - إعطاء جميع المرضى معلومات مكتوبة عن حقوقهم في ظل قانون الولاية بقبول أو رفض المعالجة الطبية أو الجراحية وإمكانهم صياغة توجيهات طبية مسبقة (Advanced Medical Directives- AMDs). كما يجب إعطاء المرضى البالغين سياسات مقدم الرعاية -كتابةً- حول تطبيق تلك الحقوق. يجب أن توثق الملفات الطبية إذا كان المريض قد نفذ توجيهات طبية مسبقة، كما يجب على مقدمي الرعاية الصحية تثقيف موظفيهم والمجتمع عن التوجيهات الطبية المسبقة. وعلى الرغم من قانون تقرير المصير للمرضى وأن لدى جميع الولايات الخمسين قوانين تخول نوعاً من أنواع التوجيهات الطبية المسبقة (كالوصية الحية، ووكلاء الرعاية الصحية والتوكيلات القضائية)[١٢] فإن المشكلات تستمر في تفعيل مشاركة المرضى في صنع القرار المتعلق بالتوجيهات الطبية المسبقة، إذ لا يطبقها إلا عددٌ قليل نسبياً من المرضى، ويقدر أن (٢٠٪) فقط من الأمريكيين أعدوا تلك التوجيهات[١٣]. ولا يزيد عن (٥٪) من الأشخاص فوق عمر الخامسة والستين أعدوها[١٤]. ووجدت دراسةٌ في ولاية مريلاند أن قرابة ثلث المستجيبين قد أعدوا توجيهات طبية مسبقة، وأن الأشخاص فوق سن الخامسة والستين يميلون إلى إعدادها أكثر من الأشخاص الأصغر سناً[١٥].

تتطلب الهيئة المشتركة لاعتماد منظمات الرعاية الصحية (JCAHO) من المستشفيات المعتمدة أن تراعي رغبات المرضى فيما يتعلق بقرارات نهاية الحياة، فيجب إعطاء الراشدين منهم معلومات مكتوبة عن حقهم في تقبل أو رفض العلاج الطبي أو الجراحي بما في ذلك التنازل عن المعالجة التي تعزز الحياة أو الانسحاب منها أو الامتناع عن خدمات الإنعاش[١٦]. تشمل القرارات التي ينبغي للمرضى مراعاتها في توجيهاتهم الطبية أنواعاً معينة من العلاجات التي تعزز الحياة التي يرغبون في استخدامها، أو الامتناع عنها أو الانسحاب منها، كالإنعاش القلبي الرئوي (CPR)

والتنبيب الاختياري (elective intubation)، والتنفس الميكانيكي والإماهة والتغذية الصناعية، والفحوص التشخيصية، والمضادات الحيوية، وأدوية وعلاجات أخرى، إضافةً إلى الإدخال المستقبلي إلى وحدة العناية الفائقة. ويميل المرضى إلى اختيار قيود أكثرعلى العلاج مع تقدم المرض[١٧].

الوصية الحية:

تم تطوير الوصية الحية قبل إقرار القانون الفيدرالي لتقرير المصير للمرضى بكثير بحيث يتمكن الأشخاص الذين لا يستطيعون المشاركة في صنع القرار من توجيه مقدمي الرعاية وإرشادهم. يبدو أن هناك تناقضاً بين الكلمتين "وصية" و"حية"، فالوصايا هي آلياتٌ قانونية تُعرف من خلالها رغبات الشخص المتوفى من حيث توزيع تركته من أملاك منقولة وغير منقولة. أما الوصايا الحية فتمكن الأشخاص غير القادرين على التواصل مع مقدمي الرعاية من التعبير عن رغباتهم عن نطاق وحجم الرعاية التي يريدون، فهي تمكن الأشخاص من تحديد ماذا يفعل لهم وبهم والتحكم في الحتمية التقنية بغض النظر عن منفعتها المتوقعة. وبغياب التشريع المحلي أو قانون الأحكام السابقة فليست للوصايا الحية قيمةٌ قانونية، ويجب على المرضى الاعتماد على استعداد مقدمي الرعاية لاتباع التعليمات الواردة فيها. تفيد الوصايا الحية العامة في الولايات التي لا توجد فيها متطلبات قانونية محددة.

تشريعات الولاية (المحلية):

أدى الاهتمام والعناية بالوصايا الحية وردة الفعل العامة للحالات -التي بدا فيها توفير رعاية مفرطة- إلى سن قوانين محلية (بالولايات) تقر بحق المريض في التحكم بإجراءات العلاج، وقد عرفت تلك القوانين بمسميات مختلفة مثل قوانين الوصايا الحية، والتوجيهات الطبية المسبقة، وقوانين الموت الطبيعي، أو قوانين الموت بكرامة. في بداية عام (١٩٨٣م) كان لدى (١٤) ولايةً قوانين كتلك، وبحلول عام (١٩٨٥م) كان هناك (٣٥) ولايةً إضافة إلى منطقة كولومبيا[١٨] (العاصمة). وفي عام (٢٠٠٩م) كان لدى جميع الولايات ومنطقة كولومبيا قوانين للتوجيهات الطبية[١٩]. ويبين الشكل (٩) نموذج ولاية فرجينيا للتوجيهات الطبية المسبقة.

توجيه طبي مسبق لفرجينيا.

أنا .... عمداً وطواعيةً أعلن رغباتي في حال عدم استطاعتي أن أتخذ قراراً مطلعاً كما يلي:

أعلم أن توجيهي المسبق قد يشمل اختيار وكيل بالإضافة إلى بيان خياراتي المتعلقة بالرعاية الصحية. تعني عبارة «الرعاية الصحية» توفير الخدمات لأي فرد بهدف الوقاية من الأمراض البشرية او الإصابات أو العجز البدني أوتخفيف حدتها أو شفائها، بما في ذلك (وليس محدوداً به) الأدوية، والجراحة، ونقل الدم، والعلاج الكيماوي، والعلاج الإشعاعي، والتنويم في المستشفى، أو دار رعاية المسنين، أو مرفق للحياة المعانة، أو مرافق أخرى للرعاية الصحية، أو العلاج النفسي أوالعلاجات العقلية الأخرى، إضافةً إلى إجراءات إطالة الحياة والرعاية التلطيفية.

تعني عبارة: «غير قادر على صنع قرار مطلع» عدم القدرة على فهم وإدراك طبيعة ومدى القرار المقترح للرعاية الصحية والتبعات المحتملة له، وعدم القدرة على إجراء تقييم منطقي لمخاطر ومنافع قرار مقترح للرعاية الصحية بالمقارنة مع مخاطر ومنافع بدائل ذلك القرار، أو عدم القدرة على بيان ذلك الإدراك بأية طريقة لن ينتهي هذا التوجيه المسبق في حال عجزي.

(بإمكانك إدراج البنود (١) إلى (٥) أدناه ضمن هذا التوجيه، أي منها أو جميعها)

....

البند (١): تعيين وكيل

(اشطب على البند (١) و (٢) أدناه إذا كنت لا ترغب في تعيين وكيل ليصنع قرارات الرعاية الصحية نيابةً عنك)
أعين بموجب هذه الوثيقة الشخص المدرج اسمه كوكيلي الرئيسي لصنع قرارات الرعاية الصحية نيابةً عني:

إسم الوكيل الرئيسي: ....

رقم هاتفه: .... رقم الفاكس: ....

عنوانه: .... البريد الإليكتروني: ....

إن لم يتواجد الوكيل الرئيسي المذكور أعلاه أولا يستطيع أو لا يرغب أن يمثلني، أعين الشخص التالي وكيلاً خلفاً له:

اسم الوكيل الخلف: .... رقم هاتفه: .... رقم الفاكس: ....

العنوان: .... البريد الإليكتروني: .... أمنح بموجب:

هذه الوثيقة لوكيلي المذكور أعلاه كامل السلطة والصلاحية لصنع قرارات الرعاية الصحية نيابةً عني حسب الوصف أدناه حينما يتبين عدم قدرتي على صنع قرار مطلع. تسري صلاحية وكيلي خلال عجزي عن صنع قرار مطلع.

في تطبيق صلاحياته بصنع قرارات الرعاية الصحية نيابةً عني سيتبع وكيلي رغباتي وتفضيلاتي كما هي مذكورة في هذه الوثيقة، أو كما يعلمها هو، وسيعتمد على تشخيصي الطبي والتوقعات بمآل حالي وأي معلومات يوفرها أطبائي عن مدى تدخل وألم ومخاطر وأعراض جانبية مرتبطة بالعلاج أو عدمه. كما لن يصنع أي قرار يتعلق برعايتي الصحية يعلم أو يجب أن يعلم بعد التقصي المعقول أنه يخالف معتقداتي الدينية أو قيمي الأساسية، المعبر عنها شفوياً أو كتابياً. وإن لم يتمكن وكيلي من تحديد الرعاية الصحية التي كنت أختارها بنفسي، يقوم هو بالاختيار لي بناءً على ما يراه في مصلحتي. لن يكون وكيلي مسؤولاً عن تكاليف الرعاية الصحية التي يجيزها لي بناءً على قراره هذا فقط.

الشكل (٩): مثال على توجيه طبي مسبق.

(استل ٤ أبريل ٢٠١١، من www.vsb.org/sections/hl/VA-2010-basic.pdf)

البند (٢): سلطات وكيلي

(اشطب على أي السلطات في هذا البند (٢) التي لا ترغب في منحها لوكيلك وأضف أي سلطات أو تعليمات ترغب في منحها لوكيلك)

تشمل سلطات وكيلي ما يلي:

أ. الموافقة، أو الرفض، أو سحب الموافقة على أي نوع من الرعاية الصحية، أو العلاج، أوالإجراءات الجراحية، أو التشخيصية، أو أدوية، أو استخدام إجراءات ميكانيكية أو غيرها قد تؤثر في أي من وظائفي البدنية بما فيها (وليس محدوداً بها) التنفس الصناعي، والتغذية، والإماهة الصناعية، والإنعاش القلبي الرئوي. ويشمل هذا التفويض تحديداً سلطة الموافقة على إعطاء جرعات أدوية تسكين الألم تتجاوز الجرعات الموصى بها، وبكميات تكفي للتسكين حتى لو كان لذلك الدواء مخاطر الإدمان أو تعجيل موتي دون قصد.

تكون سلطة وكيلي في هذه الفقرة (أ) محدودةً بأي تعليمات محددة أوردها في البند (٤) أدناه تتعلق برعايتي الصحية إذا أصبت بعلة انتهائية ميئوس من شفائها.

ب. طلب وتلقي ومراجعة أي معلومات مكتوبة أو شفوية تتعلق بصحتي البدنية أو العقلية بما فيها (ولكنها ليست محدودة بها) الملفات الطبية، وملفات المستشفى، والموافقة على الإفصاح عن تلك المعلومات.

ج. تعيين وفصل مقدمي الرعاية لي.

د. إجازة تنويمي أو إخراجي (بما في ذلك النقل إلى مرفق آخر) من أي مستشفى أومأوى للمحتضرين أو دار المسنين أو مرفق للمعيشة المعانة أو أي مرفق آخر للرعاية الطبية. إن كنت قد فوضت تنويمي في مرفق للرعاية الصحية لعلاج مرض عقلي فإن التفويض مدرج في الفقرة (هـ) و/أو (و) أدناه.

هـ. تفويض تنويمي في مرفق للرعاية الصحية لعلاج مرض عقلي لما لا يزيد عن عشرة أيام شريطة الا أمانع ذلك التنويم، وأن يقوم طبيبٌ يعمل في ذلك المرفق أويعينه المرفق بفحصي ويقرر كتابياً أني أعاني من مرض عقلي، وأنه ليس في استطاعتي اتخاذ قرار مطلع حول تنويمي وأني بحاجة إلى علاج في المرفق، وأن يجيز خروجي من المرفق (بما في ذلك تحويلي إلى مرفق آخر).

و. تفويض تنويمي في مرفق للرعاية الصحية لعلاج مرض عقلي لما لا يزيد عن عشرة أيام حتى لو مانعت ذلك التنويم وأن يقوم طبيبٌ -يعمل في ذلك المرفق أويعينه المرفق- بفحصي ويقرر كتابياً أني أعاني من مرض عقلي، وأنه ليس في استطاعتي اتخاذ قرار مطلع حول تنويمي وأني بحاجة إلى علاج في المرفق، وأن يجيز خروجي من المرفق (بما في ذلك تحويلي إلى مرفق آخر).

(إذا منحت وكيلك السلطات المدرجة في هذه الفقرة (و) على طبيبك أن يكمل التصديق التالي)

تصديق الطبيب: أنا الطبيب أو أخصائي مرخص في علم النفس الإكلينيكي للمصرح بهذا التوجيه المسبق، أشهد أني أعتقد أن المصرح قادرٌ حالياً على صنع قرار مطلع وأنه يدرك تبعات هذا البند من توجيهه المسبق.
توقيع الطبيب: .... التاريخ: ....
اسم الطبيب: ....

ز. تفويض الأنواع المعينة التالية من الرعاية الصحية المحددة في هذا التوجيه المسبق حتى لو مانعت واعترضت عليها.

(أشر بالتحديد إلى أي بند ينطبق من هذا التوجيه المسبق)

تابع الشكل (٩): مثال على توجيه طبي مسبق.

(إذا منحت وكيلك السلطات المدرجة في هذه الفقرة (ز) على طبيبك أن يكمل التصديق التالي)

تصديق الطبيب: أنا الطبيب أو أخصائي مرخص في علم النفس الإكلينيكي للمصرح بهذا التوجيه المسبق، أشهد أني أعتقد أن المصرح قادرٌ حالياً على صنع قرار مطلع وأنه يدرك تبعات هذا البند من توجيهه المسبق. توقيع الطبيب: .... التاريخ: .... اسم الطبيب: ....

ح. الاستمرار في العمل وكيلاً عني حتى لو لم أرغب في ذلك بعد تحديد عدم قدرتي على صنع قرار مطلع.

ط. الموافقة على مشاركتي في أي دراسة أو بحث للرعاية الصحية يقره مجلس مراجعة مؤسسي أو هيئة مراجعة البحوث وفق القوانين الفدرالية وقوانين الولاية المستعملة، إذا كانت الدراسة توفراحتمال منفعة لي.

ي. الموافقة على مشاركتي في أي دراسة أو بحث للرعاية الصحية يقره مجلس مراجعة مؤسسي أو هيئة مراجعة البحوث بموجب القوانين الفدرالية وقوانين الولاية المستعملة التي تهدف لزيادة المعرفة العلمية لأي حالة قد أعاني منها، أو لتعزيز صالح الإنسانية، حتى لو لم يتوفر احتمال منفعة مباشرة لي.

ك. صنع القرارات المتعلقة بالزيارات خلال تنويمي في أي مرفق للرعاية الصحية وتماشياً مع التوجيهات التالية:

....

....

....

ل. اتخاذ أي إجراء قانوني يلزم لتطبيق تلك القرارات بما في ذلك منح إخلاء المسؤولية لمقدمي الرعاية الطبية.

(أضف أي سلطات إضافية ترغب في منحها لوكيلك، والحدود التي تفرضها عليه أو أي معلومات لإرشاده)

تابع الشكل (٩): مثال على توجيه طبي مسبق.

أوجه وكيلي توجيهاً إضافياً كالتالي:

....

البند (٣): تعليمات الرعاية الصحية

(اشطب الفقرات (أ) و(ب) أدناه إذا كنت لا تريد إضافة تعليمات محددة عن رعايتك الصحية)

أ. أوجه تحديداً أن أتلقى الرعاية الصحية التالية إذا كانت ملائمةً طبياً لأوضاعي كما يرى طبيبي المعالج.:

....

ب. أوجه تحديداً ألا أتلقى الرعاية الصحية التالية في الأوضاع والظروف التالية:

(كما تستطيع تحديد عدم توفير رعاية صحية معينة تحت أي ظرف.)

....

البند (٤): تعليمات عن رعاية نهاية الحياة («الوصية الحية»)

(اشطب هذا البند (٤) إذا كنت لا تريد إضافة تعليمات محددة عن رعايتك الصحية إذا كنت في حالة انتهائية)

إذا قرر الطبيب المعالج في أي وقت أني في حالة انتهائية، حيث إن تطبيق أساليب إطالة الحياة بما فيها التنفس الصناعي والانعاش القلبي الرئوي والتغذية والإماهة الصناعية، لن تؤدي إلا إلى إطالة مجريات الموت صناعياً أوجه بمنع تلك الأساليب عني أو سحبها مني وأن أترك لأموت موتاً طبيعياً، ولا أعطى إلا ادوية، وألا يُجرى عليَّ إلا إجراءات طبية تعد ضروريةً لتوفير الراحة لي وتسكين الألم.

في حال عدم قدرتي على إعطاء التعليمات المتعلقة باستخدام تلك الأساليب لإطالة الحياة، أطلب من أسرتي وطبيبي احترام هذا التوجيه والوفاء به على أنه آخر تعبير عن حقي القانوني برفض الرعاية الطبية وتقبلي لتبعات هذا الرفض.

(اشطب الفقرة (أ) و(ب) أدناه إذا كنت لا تريد إضافة تعليمات عن رعايتك في نهاية الحياة)

أ. تعليمات أخرى عن إجراءات إطالة الحياة

(إذا كنت ترغب في إعطاء تعليماتك الشخصية عن إجراءات إطالة الحياة، أو إذا رغبت في إضافة التعليمات التي أدرجتها أعلاه، باستطاعتك فعل ذلك في هذه الفقرة (أ). وإذا كنت ترغب في إعطاء تعليمات معينة تتعلق بإجراءات محددة لإطالة الحياة مثل التنفس الصناعي، والإنعاش القلبي الرئوي، والتغذية والإماهة الصناعية، فعليك كتابة ذلك هنا. إذا أعطيت تعليمات محددة في هذه الفقرة (أ) اشطب أي العبارات أعلاه في هذا البند (٤) إذا كانت تعليماتك المحددة التالية تختلف عنها).

أوجه بما يلي:

....

....

ب. تعليمات عن الرعاية غير إجراءات إطالة الحياة

(بإمكانك هنا إعطاء أي تعليمات أخرى عن رعايتك الصحية إذا كنت في حالة انتهائية، غير تعليماتك عن إجراءات إطالة الحياة التي تم تناولها في الفقرة (أ) أعلاه.)

أوجه بما يلي:

....

....

تابع الشكل (٩): مثال على توجيه طبي مسبق.

البند (٥) تعيين وكيل للمنح التشريحي أو التبرع بعضو أو نسيج أو عين.

(اشطب على البند (٥) إذا كنت لا ترغب في تعيين وكيل للإهداء التشريحي أو ليتبرع بعضو أو نسيج أو عين نيابةً عنك)

عند موتي أوجه بإعطاء منح تشــريحية بجميع بدني، أو أعضاء محددة، أو نســيج، أو التبرع بعين، بموجب المادة ٢ (٣٢،١،٢٩١،١) من الفصل (٨) من الدستور٣٢،١ من قانون فرجينيا وتماشياً مع توجيهاتي أدناه، إن وجد. أعين وكيلاً لي لإعطاء مثل تلك المنح التشريحية أو التبرع بعضو أو نسيج أو عين بعد موتي (اختر واحدة)

( ) نفس الوكيل (وبديله) المذكوران في البند (١) أعلاه.

( ) اسم الوكيل: .... رقم الهاتف: ....

رقم الفاكس: .... العنوان: ....

البريد الإلكتروني: ....

كما أوجه كذلك بما يلي:

....

(تعليمات المصرح إن وجد حول المنحة التشــريحية أو التبرع بعضو أو نســيج أو عين) (يجب عليك التوقيع أدناه بحضور شاهدين)

الإثبات وحق النقض: بتوقيعي أدناه أقر أني قادر عاطفياً وعقلياً على اتخاذ هذا التوجيه المسبق وأني أدرك هدف وتأثيــر هــذه الوثيقة. وأدرك أنه باســتطاعتي نقض كامل هذه الوثيقة أو أي جزء منهــا في أي وقت (١) بكتابة موقعة ومؤرخة أو (٢) بالغاء أو تدمير هذا التوجيه المسبق شخصياً أو بالطلب من شخص آخر أن يفعل ذلك بحضوري أو (٣) بالتعبير شفوياً عن نيتي بنقضه.

توقيع المصرح: ....

التاريخ: ....

وقع المصرح التوجيه المسبق المذكور أعلاه بحضوري

الشاهد: ....

وفر هذا النموذج مستشفى واتحاد فرجينيا للرعاية الصحية كخدمة لأعضائه وللجمهور (مايو ٢٠١٠م)

www.vhha.com

بصفــة عامة، تقر تلك القوانــين بحق المريض في توجيه الأطباء بمنع أو ســحب المعالجة الداعمة للحياة. عند الوفاء بمتطلبات الاســتقلالية تكون التوجيهات ملزمةً قانونيــاً لمقدمي الرعاية. تميل صياغــة القوانين إلى الدقة والمحدودية وتطبق عندما يقرر الطبيب أن المريض الذي وقع التصريح يعاني من علة انتهائية، وميئوسٌ من شفائه، وتتطلب بعض القوانين أن تؤكد التوجيهات مرةً أخرى عندما يعلم المرضى أنهم يعانون من علــة انتهائية، وتضم بعض تلك القوانين غرامات بحق مقدمي الرعاية والمنظمات إذا تم تجاهل توجيهات المريض. بالإضافة إلى القوانين، تؤثر أحكام محاكم الولايات في كيفية تفسير القوانين وتأثيرها في استخدام العلاجات التي تعزز الحياة.

تحل هذه القوانين بعض قضايا التحكم (الاستقلالية)، ودور المريض، و تحل -نوعاً ما- قضايا الجهود المنظمية وجهود مقدمي الرعاية في تحقيق رغبات المريض، فحتى مع وجود التوجيهات الطبية المســبقة قد لا يستجيب لها مقدمو الرعاية. يزيد توزيع وتقسيم الرعاية بين عدد من مقدمي الرعاية والمنظمات الصحية من تعقيد استخدام المرضى للتوجيهات المسبقة، ويشكل تحدياً خاصاً لمديري تلك المنظمات التي تم تحويل المريض إليها، فعلى ســبيل المثال قد لا ينتقل مع المريض توجيهٌ طبيٌ مســبق في ملفه الطبي في مرفق لرعاية المســنين إلى المستشــفى عند تحويلــه وخاصةً في الحالات الطارئة. فقد وجدت دراسةٌ للمرضى المسنين الذين أدخلوا المستشفى لأمراض حادة أن فــي (٧٥٪) من الحالات لم يبين الملف الطبي أن الأطباء قد راجعوا وصية المريض الحيــة أو ما يماثلها قبل اتخاذ قــرارات المعالجة بما في ذلك ما إذا كان يجب إنعاش المريض، وقد عزيت المشــكلة إلى عــدة عناصر هي: أن دور المســنين لم تقم بتحويل المعلومــات مع المريض ولم يطلب من المرضى أي معلومــات وهم لم يتطوعوا بها، وأن موظفي المستشفى لم يسألوا أو يتأكدوا أن تلك الوثائق مضافةٌ إلى الملف الطبي. بعد توثيقها في ملف المستشفى الطبي أثرت التوجيهات الطبية المسبقة في قرارات العلاج في (٨٦٪) من الحالات المتعلقة بمرضى قرر أنهم غير مؤهلين[٢٠].

هناك مشــكلاتٌ أخرى متعلقةٌ بالتوجيهات المســبقة، منهــا تحديد الوضع العقلي ومــا إذا كان المريض يدرك تأثيــرات ما يحدث له وإثبات وجود اعتلال انتهائي. ومن الطبيعي أن تبرز قضايا أخلاقيةٌ للمنظمات عندما لا يفي المريض بالمتطلبات القانونية، أو عندما لا يوجد تشريعٌ بهذا الخصوص أو توجيهاتٌ طبيةٌ مسبقة.

التحدي الذي تواجهه المنظمات هو توفير التعليمات التي تشجع على كتابة التوجيهات المسبقة، ويمكن تحسين نسبة كتابتها بشكل ملحوظ بمجرد تغيير التوقيت الذي تعطى فيه تلك المعلومات للمرضى الداخلين إلى المستشفى بعد تخطيط مسبق للتنويم. فقد تبين أن المرضى أكثر استعداداً لكتابة التوجيهات المسبقة في المستشفيات التي أعطتهم المعلومات قبل التنويم بعدة أيام عوضاً عن اليوم الذي تم فيه التنويم، وأكثر الأسباب شيوعاً لعدم كتابة التوجيهات هو أن المريض لم يتلقَ النموذج أو لم يقرأه، وهي المشكلة الأكثر شيوعاً لدى المستشفيات التي لم توفر المعلومات والنماذج مسبقاً[٢١]. وتشير بياناتٌ أخرى إلى أنه بإمكان توفير رسائل التذكير (والتثقيف، والتغذية الراجعة للأطباء المعالجين، ونموذج توثيق جديد يستخدمه الأطباء للتوجيهات المسبقة) أن تزيد نسبة المرضى الذين يكتبون تلك التوجيهات، كما وجدت الدراسة أيضا أن (٨٧٪) من التوجيهات التي شهد عليها أطباء توافق مع تفضيلات المعالجة للمرضى الذين تمت مقابلتهم. وبينت نتائج دراسات أخرى أن توجهات الأطباء نحو التوجيهات المسبقة وعنايتهم بها قد تحسنت[٢٢]. كما تشير الدراسات أيضاً إلى أن التغيرات في رعاية المرضى المشرفين على الموت لم تواكب التوصيات الوطنية، وذلك لأن العديد من الأطباء والممرضات يعارضون أوقد يجهلون بعض الأدلة الرئيسية مثل جواز التراجع عن المعالجة والانسحاب منها[٢٣].

صنع قرار الوصي:

يحدث صنع القرار الوصي عندما يصنع القرار المتعلق بالرعاية الصحية شخصٌ آخر غير المريض، ويحدث أحد أنواع صنع القرار الوصي يسمى "الحكم المستبدل" عندما يصنع القرار شخصٌ آخر نيابةً عن المريض الذي لا يقدر على ذلك، وتكون قرارات الوصي على أساس ما يعتقده حول ماكان المريض سيفعله لو كان قادراً على صنع القرار، وتكون هناك حاجةٌ للوصي لصنع القرارات عندما يكون المريض قاصراً أوعاجزاً قانونياً عن صنع القرار أو أن لديه عجزاً بدنياً أو عقلياً ولا توجد له توجيهاتٌ طبيةٌ مسبقة. تاريخياً كانت المحاكم تعين الوصي على أثر التماس يفيد أن الشخص غير مؤهل وعاجزٌ عن صنع قرارات الرعاية الصحية، ولتجنب تكاليف وتأخير مداولات المحاكم؛ سنّت بعض الولايات قوانيناً وضعت قائمة أولوية لأقارب المريض الذين يمكنهم صنع القرارات نيابةً عن مريض لم يكتب توجيهات مسبقة، وفي عام (٢٠٠٩م) كان لدى ثلاث وأربعين ولاية ومنطقة كولومبيا قوانين خصيصاً لتفويض صنع قرار الوصي[٢٤].

التوكيلات الرسمية (power of attorney) هي نوعٌ آخر من صنع قرار الوصي، ويتم إعدادها مسبقاً، وهي تفويضٌ بصنع القرار يقوم به شخصٌ مؤهل يسمى "الأساسي" . وقد تكون تلك التوكيلات "عامة" (سلطاتٌ واسعة للعمل نيابةً عن الأساسي) أو "محدودة" (تخويلٌ للعمل نيابة عن الأساسي لهدف محدد)، وتكون ما يطلق عليه "دائمة" عندما يتجاوز منح السلطة مدة إقعاد الأساسي. الأهلية (أن يكون الشخص مؤهلاً) من أهم القضايا في صنع قرار الرعاية الصحية، ووكلاء الرعاية الصحية هم أشخاص منحوا توكيلات رسمية دائمة لصنع قرارات الرعاية الصحية نيابةً عن الأساسي. وقد تستخدم الولايات أسماء مختلفة لتلك التوكيلات الرسمية المحدودة الدائمة، وبنهاية عام (٢٠٠١م) كان لدى جميع الولايات الخمسين قوانين تعترف بتعيين وكلاء الرعاية الصحية[٢٥]. في الشكل (٩) يشمل نموذج ولاية فرجينيا للتوجيهات الطبية المسبقة، تعيين وكيل للرعاية الصحية، علماً أن قوانين الولايات للتوجيهات المسبقة تتفاوت.

أوامر عدم الإنعاش:

يعد أمر عدم الإنعاش من أنواع التوجيهات الطبية المسبقة التي تستخدم عند نقطة تقديم الرعاية، وكما أشرنا لا يوجد لدى الكثيرين من المرضى وصايا حية، أو توجيهات مسبقة تطابق متطلبات الولاية. ويبرز هذا حاجة المنظمة لسياسات وعمليات تتعلق بإنعاش المرضى المصابين بعلة انتهائية، والمرضى الذين يجب صنع قرارات استمرار الحياة لهم (كالمرضى في حالة انباتية مستديمة). لدى منظمات الرعاية الحية -عادةً- سياساتٌ عن أوامر عدم الإنعاش، تؤكد حقوق المرضى القانونية (أو الوصي حسب الحالة) في توجيه مقدمي الرعاية، وينبغي لتلك السياسة أن تحدد التقنيات الكيماوية والميكانيكية المشمولة في الحالة المعينة التي ستطبق عليها. فقد يتطلب المرضى الذي أمروا بعدم الانعاش تدابير جراحية وتخديرية من أجل الرعاية التلطيفية، أو لتسكين الألم أو الكرب، أو لتحسين جودة حياة المريض، لذا تشكل أوامر عدم الإنعاش مشكلات أخلاقيةً فريدة يجب أن تتصدى لها المنظمة وتتناولها بشكل استباقي[٢٦].

في التسعينات الميلادية بدأت قوانين الولايات -بالاعتراف بأوامر عدم الإنعاش الصادرة من غير المستشفى- تسمح للأشخاص برفض الإنعاش عند حدوث طوارئ طبية، وبحلول عام (٢٠٠٣م) كان لدى أكثر من نصف الولايات مثل تلك القوانين[٢٧]،

وفـــي عام (٢٠١١م) ارتفـــع العدد إلـــى (٤٧) ولاية[٢٨]. وتعرف بأوامـــر عدم الإنعاش لخدمات الطوارئ الطبية، وتجعل هذه الأوامر رغبات المريض ملزمةً قانونياً في المنزل أو في بيئة مشـــابهة، وتنســـخ قوانين الولاية التي تتطلب مـــن فنيي خدمات الطوارئ الطبية القيام بالإنعاش القلبي الرئوي (CPR).

أشارت دراســـةٌ لثلاثة مستشفيات تعليمية بمدينة هيوســـتن ليس لديها سياساتٌ تتعلق بأوامر عدم الإنعاش إلى تطبيق متباين لأوامر عدم الإنعاش[٢٩]، إذ وجدت الدراسة أن بعـــض المرضى الذين لديهم أوامر عدم الإنعاش خضعـــوا لعلاج كيماوي وعمليات جراحية، وأدخلوا إلى وحدات العناية الفائقة، فيما تلقى آخرون تغذيةً وإماهةً صناعيةً غيـــر وافية. يرتبـــك الموظفون كثيراً حول نوع الرعاية التـــي يجب أن يتلقاها مرضى أوامر عـــدم الانعاش، ربما لأنهم يعارضون مثل تلك القرارات، ووجدت الدراســـة أنه فـــي (١٠٪) من الحالات لم يتم التوصل إلى قرار حول إبقاء المريض على قيد الحياة، وتشـــير هذه النتيجة إلى أن الجهود لاتخاذ قـــرار يتعلق بالإنعاش قبل الأزمة غالباً ما تفشل، وفي معظم الحالات - التي لم يتخذ فيها قرار - لم يثر موضوع عدم الإنعاش مع المريض أو أســـرته، كما توصلت دراســـاتٌ أخرى عن أوامر عدم الانعاش إلى نتائج مماثلـــة[٣٠]. من النواحي الرئيســـية فـــي أوامر عدم الإنعاش هو مـــا إذا كانت رغبات المريض -حول الإنعاش القلبي الرئوي- واضحة للطبيب، وقد وجدت إحدى الدراسات أنـــه فـــي كل حالة من ثلاث كان تفضيـــل المريض لعدم تلقي الإنعـــاش القلبي الرئوي تخالف فيها انطباعات الطبيب ما أراده المريض[٣١].

الخلاصة:

لقد أشـــير إلى أن انتشار استخدام التوجيهات الطبية المسبقة -مثل بيانات قانون المـــوت الطبيعي- قد تـــؤدي إلى التحصيص المنهجي للرعاية الصحية للمســـنين. إذا أصبـــح حقُ الموت واجـــبَ الموت، فإن الوصية الحية - وســـليلاتها بيانات قانون الموت الطبيعي - ســـتصبح مثل وحش فرانكشـــتاين. وبالفعل فقد أثارت تلميحات محافظ ولاية كولورادو الســـابق ريتشـــارد لام، ووزارة الصحة والثقافة والشـــؤون الاجتماعية (تســـمى الآن وزارة الصحة والخدمات الإنســـانية) -بوجوب إلزام كبار السن بإعداد وصية حية- زوبعةً من الاحتجاج، وبغض النظر عن الدوافع الحقيقية لتلك التلميحات، غالباً ما تعزى إلى دوافع اقتصادية.

أشــير إلى دنو نهاية المعالجة لأن الأطباء يفترضون أنها ليست في صالح المريض، أو لأن الأطبــاء يعتقدون أن المريض قد لا يريدها[٣٢]. إلا أن آخرين يؤكدون أن الأطباء مســتغرقون في نفس نزعة مفهوم «الموت فشــل» التي استغرق فيها المرضى وأسرهم، إذ يركز هؤلاء الخبراء على ما يرمز له بالأحجية، وهو إصرار الأطباء على تشــخيص وعــلاج المرض. فعندما تــزول الأحجية -أي يصبح الموت محتومــاً- يتضاءل اهتمام الأطباء أو يزول تماماً، وبما أنهم خســروا المعركة الرئيســية فقد يســعون إلى الإبقاء على بعض الســلطة من خلال التحكم في عملية وفــاة مرضاهم[٣٣]. إن كانت وجهات النظر هذه صحيحة، فهي لا تعد المرضى صناع قرار مســتقلين ولا مشــاركين فعالين، وبالتالــي قد يكون الأطباء يعملــون على غير مصلحة المريض، حســبما يراه المريض ويشير كلا التوجهين إلى مشــكلات أخلاقية كبيرة في تلبية رغبات المرضى المصابين بعلة انتهائية.

وقــد يبدو أن صناع قرار الوصية سيعكســون بدقــة رغبات المريض في علاجات استمرار الحياة، إلا أن هذا لا يبدو صحيحاً، فحتى أولئك الذين يعرفون المرضى جيداً ليســوا على قدر كبير من الدقة في التنبؤ بتفضيلات علاج استمرار الحياة. مرضى الأمــراض المزمنــة أكثر رضاً بأطباء الرعايــة الأولية، والرعاية التــي يقدمونها عند مناقشــة التوجيهات المسبقة[٣٤]، ولكن لم تحســن كثيراً التوجيهات المسبقة أو نقاشات الأوامر دقة الحكم المســتبدل[٣٥]. وقد كان أفراد الأســرة أكثر دقة في صنع القرارات البديلة من الأطباء ولكن حتى هؤلاء فشــلوا في الاســتجابة لرغبات المرضى. ساعد وجود توجيهات مســبقة الأطباء العاملين في المستشفيات، ولم يساعد أطباء الرعاية الأولية في نشاطاتهم كصناع قرار أوصياء[٣٦]. ويتبقى الكثير من العمل والجهد لتتمكن منظمــات الرعاية الصحيــة من توفير خدمات صحية تتوافق مــع التوجيهات الطبية المســبقة ورغبات المرضى المتعلقة بالرعاية عند نهاية الحياة. إضافةً إلى ذلك، تحتاج رعاية نهاية الحياة إلى تحســينات في كل من تلبيــة رغبات المرضى بالموت في المنزل (عوضــاً عن الموت في مرفق) وفي جودة الرعاية التلطيفيــة[٣٧]. ونناقش دور الرعاية التلطيفية في الفصل الثالث عشر.

يجب أن تتنبه المنظمة وتعنى بالقضايا الأخلاقية للتوجيهات الطبية المسبقة، والتي تظهر بغض النظر عن قانون الموت الطبيعي أو الوصية الحية، وعلى منظمات الرعاية الصحيــة ومديريها تناول تلك القضايا بطريقة اســتباقية، وتطوير سياســات تحترم رغبات المرضى متناسقةً مع فلسفة المنظمة.

يجب أن يشمل تحسين الرعاية للذين يصارعون الموت في منظمات الرعاية الصحية ما يلي: تأكيد حقوق المرضى في الرعاية التلطيفية، وتوفير التدبير والتحكم الكافي بالآلام والأعراض، وتحسين السياسات والإجراءات لضمان توافر نماذج التوجيهات الطبية المسبقة حسب الحاجة إليها، وكذلك ضمان وجود لجان أخلاقيات منظمية فعالة، وتحسين إمكانية وصول جميع المعنيين إلى تلك اللجان ودعم تثقيف التواصل المجتمعي، وضمان الإحالات إلى مأوى المحتضرين وخدمات الدعم الأسري في حينها، وتشجيع ودعم التعليم الطبي حول الموت والأخلاقيات[٣٨].

تيسير الموت في الحالات الميئوس منها:

تيسير الموت في الحالات الميئوس منها، أوالقتل الرحيم (Euthanasia) مشتقةٌ من أصل يوناني من كلمتي الموت والطيب، وفي سياق التقليد الأبوقراطي الذي يحرم الأطباء من إعطاء عقاقير فتاكة، يقصد بقتل الرحمة الرعاية التي تجعل الموت المحتم بدون ألم.

إلا أنه في الخطاب المعاصر يقصد بقتل الرحمة المواقف التي تُتخَذ فيها خطواتٌ فاعلة تؤدي إلى الموت، قد يشوش استخدام تلك الكلمات فروقات مهمة، فتوفير الرعاية التلطيفية وتسكين الألم - بدون تعجيل الموت بقصد - يتيح للأشخاص الموت بكرامة وبدون ألم. نستخدم في هذا الحوار تعريف قتل الرحمة المعاصر وهو اتخاذ خطوات فاعلة تؤدي إلى الموت، إذن فهو القتل الرحيم. علماً بأن العمل على إنهاء الحياة مخالفٌ للقانون في جميع الولايات[٣٩].

غفوة المورفين:

> شُخِّص مرض هينرييتا مورو بسرطان غير قابل للجراحة منذ ثمانية عشر شهراً، ولم يكن العلاج الكيماوي فعالاً، وانتشر المرض من خلال الجهاز اللمفاوي إلى جميع أعضاء جسمها، وكانت تعاني من ألم بليغ. في بداية الأمر تلقت الرعاية من خلال برنامج للرعاية التلطيفية المنزلية، وعند تفاقم المرض تم تنويمها في مأوى المحتضرين (hospice) وكان يتوقع لها أن تعيش أقل من ثلاثة أشهر.
>
> تلقت مورو رعاية التغذية والإماهة والراحة، وزيد المورفين الذين كان يستخدم لتسكين الألم مع تفاقم مرضها وتزايد آلامها. سألت إحدى

موظفـات المأوى المدير الطبي عن تأثيـرات المورفين المثبطة على تنفس مـورو، فقـد قلقت من تثبيـط التنفس إلى الدرجة التـي قد تؤدي إلى المـوت، وقد عبرت عن قلقها من المنطلق القانوني والأخلاقي معاً. أكد لها المدير الطبي عدم وجود أي مشـكلات قانونية، وذكر لها الاعتبارات الأخلاقيـة بما فيهـا الرعاية العادية مقابل الرعاية الاسـتثنائية، وقتل الرحمة الفاعل والسلبي، وقتل الرحمة التطوعي وغير التطوعي، وقانون التأثير المزدوج.

الرعاية العادية مقابل الاستثنائية:

يعد تعجيل الموت أو التسبب فيه - بزيادة المورفين أكثر مما يحتاج لتسكين الألم - قتل رحمة، وهو عملٌ غير أخلاقي ومخالف للقانون. أما بالنسـبة لمورو فإن للرعاية التلطيفية وتسـكين الألم منفعة توفير عملية موت مريحـة وخالية من الألم، وهي ما يعـرف بالرعاية العادية. ولانعدام الأمل في الشـفاء من المرض فإن الاسـتمرار في العلاج الكيماوي يعد رعاية استثنائية، كما تعد دائماً التغذية والإماهة الطبيعية رعاية عاديـة، وكذلك تعد الإماهة والتغذية الصناعية من الرعاية العادية إذا كان هناك أمل بالمنفعـة من إعطائها، وتصبح من الرعاية الاسـتثنائية عندما تكون حالة المريض في وضـع لا يكون فيه أملٌ بالمنفعة. إلا أن البعض يؤكـد أن التغذية والإماهة الصناعية لا تكـون رعايةً اسـتثنائية مطلقاً. وهنـا يوفر لنا مبدأ عدم الإضـرار الفرق بينهما كالتالي:

الوسـائل العادية هي جميع الأدوية والعلاجـات والعمليات التي توفر أملاً معقولاً بالمنفعة، والتي يمكن الحصول عليها واسـتخدامها بدون تكاليف باهظة، أو آلام بليغة، أوعوائق أخرى. أما الوسـائل الاسـتثنائية فهي جميع الأدوية والعلاجات والعمليات التي لا يمكن الحصول عليها أو اسـتخدامها بدون تكاليف باهظة، أو آلام مبرحة، أو عوائق أخرى أو تلك التي لا توفر أملاً معقولاً -عند استخدامها- بالمنفعة"[٤].

وببسـاطة فإن الاستمرار في خطة علاجية (بما فيها التغذية والإماهة الصناعية) لا توفر أملاً بالمنفعة، وتطيل فقط عملية الموت، وتسـبب للمريض معاناةً ومشـقة لا داعي لها.

لا تُعـرف العادية والاسـتثنائية بالمألوف وغير المألوف، وقـد يكون التعرف مربكاً بعض الشـيء لوجود اختلافات حتى بين المستشـفيات المتماثلة في ماهية العلاجات

المألوفة وغير المألوفة، فعلاج الطوارئ المألوف في وحدة إصابة الصدمات يختلف عن ذلك المقدم في غرفة الطوارئ بمستشفى عام.

ولكن المعيار المستخدم عوضاً عن التعريف هو أمل المنفعة بالمقارنة مع الإفراط في التكلفة أو الألم أو عوائق أخرى. وبغياب الأمل في المنفعة، يصبح أي دواء أو معالجة أو عملية رعاية استثنائية، وإن كان هناك أملٌ في المنفعة يعد استخدام نفس الأدوية والعلاجات والعمليات رعايةً عادية إذا أمكن الحصول عليها بدون إفراط في التكلفة أو الألم أو العوائق الأخرى.

تستخدم بعض أدبيات الأخلاقيات مصطلح (المنفعة للمريض مقابل العبء عليه) أوتناسبية المعالجة. وقد أشير إلى أن استخدام مصطلحي تناسبي وغير تناسبي أكثر وضوحاً ودقةً في الوصف من استخدام مصطلحي عادي واستثنائي. والمعايير المستخدمة لقياس الرعاية التناسبية وغير التناسبية هي مثل تلك المستخدمة في قياس الرعاية العادية والاستثنائية إلا أنه يعبر عنها بطريقة مختلفة نوعاً ما. تتم دراسة نوع المعالجة، وتعقيداتها، ومخاطرها، وتكاليفها، وملاءمتها، وتقارن بالنتائج المتوقعة، بعد الأخذ في الاعتبار حالة الأشخاص المرضى ومواردهم المادية والمعنوية[41]. وباستخدام تلك المقارنة التفاضلية (calculus)، يصبح أخلاقياً توفير المعالجة إذا كانت المنفعة المتوقعة تبرر العبء. كما الحال مع لفظي عادي واستثنائي فإن تناسبي وغير تناسبي هي أساساً معايير نوعية لمدى ملاءمة المعالجة أخلاقياً. وباختصار فج؛ فإن عادي مقابل استثنائي، وتناسبي مقابل غير تناسبي تعني "هل تبرر المنفعة العبء؟"

أنواع قتل الرحمة:

لقتل الرحمة أربع حالات هي: التطوعي الفاعل (voluntary active) والتطوعي السلبي (voluntary passive) ولا إرادي فاعل (involuntary active) ولاإرادي سلبي (involuntary passive). وتعني تطوعي أن الشخص قد قبل بحرية، وتعني لاإرادي إما أن الشخص لم يقبل بحرية أو أنه لا يستطيع أن يقبل بحرية ولكن يفترض أنه يريد الموت. وتعني فاعل اتخاذ خطوات إيجابية تؤدي إلى الموت وهو عمل ينبغي تسميته القتل، أما سلبي فتعني ألا شيء يعمل لتعجيل الموت، ولا يؤدي إلى الموت إلا مسار المرض الطبيعي. وتشمل جميع أنواع قتل الرحمة توفير الرعاية التلطيفية وتسكين الألم والسيطرة عليه.

قتل الرحمة الفاعل أو السلبي: تثير قضية هنرييتا تساؤلات حول مفهوم قتل الرحمة: هل تشكل زيادة المورفين لتسكين الألم (قتل رحمة) وهل هو فاعل أم سلبي، تطوعي أم لاإرادي؟ يقع قتل الرحمة الفاعل عندما يعجّل موت أحد عمدًا، فإعطاء مورو عمداً جرعة من المورفين أكبر مما يلزم لتسكين الألم هو قتل الرحمة الفاعل، وهو فعلٌ لا أخلاقي ومخالفٌ للقانون. ويحدث قتل الرحمة السلبي عندما يترك المريض يموت بدون استخدام وسائل استثنائية للإبقاء على حياته وإطالتها، أو عندما تسحب الوسائل الاستثنائية للإبقاء على الحياة ويموت المريض نتيجةً لمسار المرض الطبيعي. منع أو سحب المعالجة لإبقاء الحياة وإطالتها لا يستبعد توفير الرعاية التلطيفية وتسكين الألم. إلا أن التغذية والإماهة الصناعية تعد رعايةً استثنائية (غير تناسبية) إذا لم توفر أملاً معقولاً بالمنفعة.

قتل الرحمة التطوعي أو اللاإرادي: يتعلق قتل الرحمة التطوعي واللا إرادي بقرارات المرضى حول المعالجة. فلا يعرف إذا كانت مورو تدرك أن زيادة جرعة المورفين قد تقصر حياتها وما إذا كانت توافق على المخاطرة بتقصير حياتها، ومن المعقول افتراض أنها تفضل العيش بدون ألم رغم مضاعفات المورفين الجانبية. تشرك المنظمات - التي تركز على استقلالية المرضى - المؤهلين من المرضى في القرارات المتعلقة بالمعالجة بما في ذلك تسكين الألم، إلى أقصى درجة ممكنة.

قانون التأثير المزدوج: تشير حالة مورو إلى تطبيق قانون التأثير المزدوج، الذي يعد بديلاً لمبدأ عدم الإضرار كالرعاية العادية والاستثنائية.

> تحدد صياغات قانون التأثير المزدوج التقليدية أربعة عناصر يجب الوفاء بها ليمكن تبرير عمل ذي تأثير مزدوج، كل منها شرط ضروري، وتشكل مجتمعة ظروف عمل يسمح به من الناحية الأخلاقية.
>
> ١. طبيعة العمل- يجب أن يكون العمل خيِّراً أو على الأقل حيادياً من الناحية الأخلاقية (بغض النظر عن تبعاته).
>
> ٢. نوايا الوكيل-لا يقصد الوكيل إلا التأثير الخيِّر. وبالإمكان التنبؤ بالتأثير السيء، وتحمله، والسماح به، ولكن لا يمكن قصده.
>
> ٣. التمييز بين الوسائل والتأثيرات- يجب ألا يكون التأثير السيء وسيلةً للتأثير الخير، وإن كان التأثير الخير النتيجة السببية المباشرة للتأثير السيء فالوكيل ينوي بالتأثير السيء طلباً للتأثير الخيَر.

٤. التناسبية بين التأثير الخير والتأثير السيء- يجب أن يفوق التأثير الخير التأثير السيء، أي أنه يسمح بالتأثير السيء فقط إذا كان هناك سببٌ تناسبي يعوض عن السماح بالتأثير السيء الذي تم التنبؤ به.

يسمح قانون التأثير المزدوج بالاستخدام الأخلاقي للمورفين، حتى بزيادة الجرعات لتسكين ألم مورو.

إجراءات صنع قرار المريض:

الأشخاص المؤهلين:

للأشخاص المؤهلين حقٌّ قانوني وأخلاقي لتقرير أي العلاجات يقبلونها، وينطبق هذا المبدأ بالتساوي على منع أو سحب المعالجة. تمت مناقشة الموافقة على العلاج في الفصل التاسع، وتشير البراهين السردية (anecdotal) أن الموظفين يجدون أنه من الأسهل منع العلاج عن إيقافه أو سحبه، إذ قد يعود التردد في إيقاف العلاج إلى الخوف من المسؤولية القانونية، إضافةً إلى الشك في الخيار الصحيح وعدم التيقن منه من الناحية الأخلاقية.

قضية هنينقر: حكمت المحكمة العليا في نيويورك في قضية ج. روسس هنينقر البالغ من العمر (٨٥) عاماً، الذي كان مشوشاً مرتبكاً ومكتئباً وانفعالياً عند تنويمه في المستشفى لعلاج الحمى والعدوى. تضاعفت مشكلاته الطبية بمعاناته من سكتة دماغية، والتهاب المفاصل، وأمراض القلب وتصلب الشرايين. صرحت المحكمة أنها «لن تخالف رغبات هنينقر وتحكم بإجراء جراحة على هذا الشخص في الخامسة والثمانين من العمر، أو إطعامه بالقوة أو أن يقيد بقية عمره الطبيعي»[٤٣]. صدر الحكم بعد جلسة التمس فيها محامو هنينقر ومرفق رعاية المسنين - حيث كان يقيم - من المحكمة أن تحدد قانونية سماح المرفق له بالموت جوعاً حسب رغبته. مات هنينقر في اليوم التالي للحكم.

تشير قضية هنرييتا مورو تشابه القرارات عن الموت والوفاة في أنواع مختلفة من منظمات الخدمات الصحية. فيجب على دور المسنين ومآوي رعاية المحتضرين ووكالات الرعاية المنزلية أن تتناول سلفاً القضايا الأخلاقية التي تثيرها قرارات نهاية الحياة. يستوجب هذا التركيز مراجعةً شاملة تبدأ من الفلسفة المنظمية حتى تفاصيل السياسات التشغيلية، وينبغي إعلام المرضى، والمرضى المتوقعين وأسرهم بتفاصيل الفلسفة والسياسات المتعلقة بأمور مثل قرارات استمرارية الحياة والإماهة والتغذية الصناعية.

هناك من غير القواعد.

أدخلت روث ميتلمان في عام (١٩٩٦م) إلى الدار العبرية وهي دار لرعاية المسنين. فقد عانت ميتلمان من التصلب الجانبي الضموري أو داء لوجريج. وتدهورت حالتها تدريجياً، وبأوخر عام (١٩٩٩م) كان من الواضح أنها لن تتمكن من البلع قريباً وبالتالي لن تتمكن من تناول الطعام والماء عن طريق الفم. قبل دخولها المرفق نفذت ميتلمان وصيةً حية تصرح بوضوح أنها لا ترغب في الإماهة والتغذية الصناعية، ورغبت أن تتم رعايتها بالراحة وتسكين الألم عندما تفقد القدرة على البلع، وعند دخولها الدار العبرية لم تشكل وصيتها الحية مشكلةً لأنه ليس لدى المرفق سياسةٌ منظميةٌ في هذا الشأن.

في بداية عام (١٩٩٨م) بدأ مجلس أمناء الدار العبرية العمل على سياسة تتعلق بالإماهة والتغذية الصناعية. وكانت أكثر القضايا التي واجهها المجلس استثارةً ومرارة. فقد استقال عدد من الأعضاء بسبب الحوارات الساخنة التي كانت تهبط أحياناً إلى مستوى التهجم الشخصي، وكانت النتيجة تبني سياسة في نهاية عام (١٩٩٨م) تنص على ضرورة احترام قدسية الحياة وأنه فقط إذا أصبح الموت وشيكاً، يستطيع المرضى أو أوصياؤهم الأمر بإيقاف الرعاية الإنسانية الأساسية كالماء والطعام.

لم تعلم ميتلمان بهذه السياسة الجديدة إلاعندما أخبرت بضرورة إيلاج أنبوب أنفي معدي لكي يمكن تغذيتها وإماهتها من خلاله. فاعترضت بشدة وأكدت وصيتها الحية، ولم ترغب في الانتقال إلى مرفق آخر في المنطقة لأن المرفق الحالي يعجبها، وإنما اعترضت على إرغامها على تلقي معالجة لم ترغب فيها.

يبدو في ظاهر الأمر أن هذا التغيير مجحفٌ في حق ميتلمان، فقد تورطت في موقف لم تصنعه وخارج سيطرتها، وتواجه المنظمة أيضاً معضلةً فالانصياع لرغبات ميتلمان يجعل المنظمة تنتهك بيان قيمها الجديد حول قدسية الحياة.

يحكم مبدأ احترام الأشخاص قضية ميتلمان وتحديداً الوفاء (حفظ الوعد)، والمنظمة ملزمةٌ بإخبار المرضى بالسياسات التي تمسهم، ولعدم وجود سياسة مكتوبة

عـــن الإماهة والتغذية الصناعية لدى الدار العبريـــة -عند إدخال ميتلمان إليها- فإن الثقـــة التي وضعتها في المنظمة عندما اختارتها قد انتهكت، ولا يزيل نقلها إلى مرفق آخـــر واجبات الدار، ومهمـــا كان الأمر بغيضاً للمنظمة إلا أن رغبات ميتلمان يجب أن تستثنى من السياسة.

المرضى الذين كانوا مؤهلين.

من الناحية النظرية يحتفظ المرضى بحق تقرير أي العلاجات يتلقون ومتى تُوقف، إلا أن قـــرارات العـــلاج حتى للمرضى المؤهلين غالباً ما تصبح قاهرةً بدنياً ونفســـياً ، إذ تســـيطر عليها الإجراءات والأشـــخاص الذين يطبقونها، ويفقد المريض دفة الأمور والتحكـــم بها، وقـــد يضطر المرضـــى (أو محاموهم) إلى اللجوء إلـــى القضاء لتأكيد استقلاليتهم.

تعليمات من مريضة كانت مؤهلة.

عاشـــت كونستانس أميرسون حياتها طولاً وعرضاً، وكانت نشطةً في المجتمع فقد عملت كمتطوعة في بيت هومر، وهو مركزٌ اجتماعي معروف للمعوزين، حيث طورت برنامجاً تعليمياً لأطفال الأمهات العاملات. تبلغ أميرســـون الآن (٩٢) عاماً وتعيش في دار للمسنين، وفي عام (١٩٩٥م) ســـقطت وأصيبت بنزيف دماغي، إلا أن قدراتهـــا العقلية لم تتأثر رغم المعالجة الشاملة.

بعـــد إصابتها قام زوج أميرســـون برعايتها إلـــى أن تدهورت صحته واستحال عليه الاستمرار. تعاني أميرسون من مرض السكري منذ مدة طويلة وتحتاج إلى حمية غذائية خاصة وتناول الإنسولين، ولا تتناول الآن إلا الأطعمة الرخوة والســـوائل. وهي طريحة الفراش ومكفوفةٌ وصماء، وتعاني أحياناً من عدوى تنفســـية تســـتجيب جيداً للعلاج، وقلبها قوي. باستثناء التهاب خفيف بالمفاصل لا تعاني من الألم، وتتعرف أحياناً على زوجها عندما يزورها، إلا أن كلامها غالباً غير مفهوم.

قبل إصابتها بثلاث ســـنوات ألقت أميرسون كلمةً عن معاناة وعذاب إطالة حياة كبار الســـن المحتضرين، وحيث إنها عايشـــت مآسي تدهور أوضـــاع أقاربهـــا فقد خطت التماســـاً بليغاً من أجـــل «طريقة كريمة و

بسيطة لاختيار الموت» وأطلعت زوجها على المخطوطة وذكرت أنها ترغب في نشره، إلا أنها لم تفعل منذ ذلك الحين. يخشى زوجها الآن الحديث معها عما كتبته آنذاك، أو كيف تشـعر حيال حياتها، لأنها قد تسـتنتج أنه يريدها أن تموت. ابن أميرسـون يزورها أسبوعياً ويرى عدم تغيير الرعاية التي تتلقاها[٤٤].

تصور هذه الحالة المشـكلات الأخلاقية المتعلقة برعاية المسـنين المرضى الذين لم يعودوا مؤهلين. الرعاية التي توفر لأميرسون تحافظ على حياتها وتبقيها، أما إصابتها في الدماغ فهي لا يمكن عكسـها. مضى على الدليل حول آرائها عن الناس في وضع مثل وضعها عدة سـنوات، ووضعها العقلي يسـتبعد إمكانية معرفة رغباتها الحالية، حتى لو استطاعت أميرسون أن تدير رعايتها أو كان لديها تعليمات طبية مسبقة، فلن تتمكن من إرغام المنظمة على مساعدتها في إنهاء حياتها.

يؤدي تطبيق معيار الرعاية العادية والاسـتثنائية على كونسـتانس أميرسون التي تحتاج حميةً غذائيةً خاصة والإنسـولين والمضادات الحيوية أحياناً، إلى اسـتنتاج أن عمل لاشيء يعد رعايةً اسـتثنائية. توفر الرعاية بأنواعها أملاً معقولاً بالمنفعة بدون تكاليـف باهظة، أو آلام بليغة، أوعوائق أخـرى، ولا يعتمد الأمل المعقول بالمنفعة على توقعات أنها ستسـتعيد قدراتها الفكرية والبدنية السابقة، بل على أنها ستعيش حياة امرأة في الثانية والتسـعين من العمر وتلقت إصابةً في الدماغ، فليسـت مريضةً بعلة انتهائية ويعد إيقاف العلاج أمراً لا أخلاقياً.

من المفيد تطبيق تعريف الموت الأخير في الجدول (٣) السابق على أميرسون. فهل هي «حية» لو طبق معيار اجتماعي؟ تشـير الحالة إلى أنها أحياناً تتعرف على زوجها عندما يزورها. ويمكن تحديد ما إذا كان لديها القدرة على التواصل الاجتماعي، فإن لم تكن قادرةً على التواصل الاجتماعي فإن هذا التعريف للموت يتيح للمنظمة أن تمنع المضادات الحيوية أو الإنسـولين وبذلك يعجلون في موتهـا، ولكن باعتبار وقائع هذه الحالة فالعمل الأخلاقي الوحيد هو الاستمرارفي الإماهة والتغذية والأدوية.

المرضى البالغين غير المؤهلين:

قضية كوينلان: كانت كارين آن كوينلان في عامها الحادي والعشرين في منتصف عام (١٩٧٥م) عندمـا دخلت في غيبوبة بعد تناول جرعـة مفرطة من الكحول والمهدئات. بعد التماس المحكمة العليا في نيوجيرسـي سمحت بتعيين والد كارين وصياً عليها[٤٥].

خولت المحكمة السيد كوينلان بإيقاف جميع التدابير الاستثنائية للإبقاء على الحياة إذا وافقت الأسرة والأطباء على عدم وجود إمكانية معقولة بأن كارين ستخرج من حالتها الإنباتية وإذا كان هناك تشاور مع لجنة الأخلاقيات في المستشفى. كان هذا الحكم من أول الاعترافات بلجنة أخلاقية وحفز مستشفيات نيوجيرسي على تشكيل المزيد من اللجان. ويتضح من الحكم أن المحكمة ابتغت استشارة لجنة توقع مآل المريض (prognosis)، التي يختلف دورها تماماً عن أدوار اللجان الأخلاقية المعاصرة.

بعدما أمر والدها بإيقاف جهاز التنفس الصناعي تم تعويدها تدريجياً على الاستغناء عنه بنجاح وتمكنت أخيراً من التنفس بدون مساعدة، ثم تم نقلها إلى مرفق للرعاية حيث بقيت حتى وفاتها في منتصف عام (١٩٨٥م)، وقد بلغ وزنها عند مماتها (٣٠) كيلوغرام وكان جسمها متكوراً في الوضع الجنيني.

بالإضافة إلى نيوجيرسي كانت المحاكم في ماستتشوسيتس ونيويورك نشطةً خاصة في النظر في قضايا مثل قضية كوينلان، وقد رفع تلك القضايا أسر تسعى لاستعادة السيطرة من المنظمة، أو رفعها مديرون يريدون الحماية من دعاوى قضائية، إلا أن القضايا المماثلة لم تتبع مسار قضية كوينلان فاستمر بعض المرضى بتلقي المعالجة رغم انقطاع الأمل من تلقي أي منفعة، والبعض الآخر أوقفت عنهم معالجات مؤلمة ذات منفعة قليلة. بتوجيه المحاكم وإرشادها تسعى منظمات الخدمات الصحية إلى حل مشكلة تحديد توقيت سحب وإيقاف معالجات إبقاء الحياة، والمحاكم هي بالضرورة الفيصل النهائي لتسوية المسائل القانونية التي تنشأ، وخاصةً عندما يكون هناك تناقض وتخالف في أخلاقيات الأطراف المتنازعة (بما فيها المنظمات). تساعد أحكام وقرارات المحاكم الأشخاص والمنظمات في تطوير وصقل أخلاقياتهم، إلا أنها ينبغي أن تكون الملاذ الأخير.

قضية كروزان: حكمت المحكمة العليا الأمريكية في عام (١٩٩٠م) في واحدة من القضايا القانونية المحورية في إيقاف المعالجة للإبقاء على الحياة. نانسي كروزان شابةٌ تعرضت لإصابة بليغة في حادث مروري في عام (١٩٨٣م)، حيث تم تشخيصها في حالة إنباتية مستديمة وتم تغذيتها وإماهتها من خلال أنبوب معدي مستديم (permanent gastrostomy tube). وعندما تبين أنه لا أمل لكروزان في استعادة قدراتها الفكرية، طلب ذووها من مستشفى ميزوري ستيت - حيث كانت منومة - إيقاف الإماهة والتغذية الصناعية عنها. ورفض الموظفون فعل ذلك بدون موافقة المحكمة، حيث حكمت المحكمة الأولية أنه لدى شخص في مثل حالة كروزان حقٌّ أساسي ضمن دستور

الولاية والدستور الفدرالي في رفض المعالجة أو الأمر بإيقاف "إجراءات إطالة الموت وتأجيله".

نقضت المحكمة العليا في ميسوري حكم المحكمة الأولية وحكمت بأن دستور الولاية لا يشمل أي حق بالخصوصية قد يدعم حقاً مطلقاً برفض المعالجة، وقضت بأن قانون الوصية الحية في ولاية ميزوري يشتمل على سياسة تؤيد بشدة الحفاظ على الحياة، وأن تصريحات كروزان لشريكتها في السكن أنها لا ترغب في استمرار العيش مالم تتمكن من "حياة شبه طبيعية" لا يعتد بها في تقرير نواياها[٤٦]، وقررت المحكمة أن ذوي كروزان لا يستطيعون إيقاف المعالجة الطبية؛ لأنه ليس بإمكان أي شخص أن يتخذ هذا الخيار نيابةً عن شخص غير مؤهل بغياب الإجراءات الرسمية التي يتطلبها قانون الوصية الحية في ولاية ميزوري، أو براهين واضحة ومقنعة برغبات المريض.

في منتصف التسعينات أكدت المحكمة العليا الأمريكية حكم محكمة ميزوري[٤٧]، وأكدت أن الدستور الأمريكي لايحظر على ولاية ميزوري أن تتطلب إثبات رغبات الشخص غير المؤهل حول إيقاف العلاج المعزز للحياة ببراهين واضحة ومقنعة، وميزت المحكمة بين حقوق الأشخاص المؤهلين الذين تفترض أن لديهم الحق الدستوري في رفض التغذية والإماهة الصناعية التي تعزز الحياة، وبين حقوق الأشخاص غير المؤهلين، وأشارت إلى أن الولاية قد وضعت إجراءات وقائية لضمان تطابق أفعال الوصي مع رغبات المريض التي عبر عنها حينما كان مؤهلاً واعياً. كما منحت المحكمة للولايات حرية التصرف في حماية الحياة والحفاظ عليها وأقرت حقها في فرض معيار البرهان الواضح والمقنع على نوايا الشخص حيال قرارات استمرار الحياة. كما أشارت أيضاً إلى أحقية الولايات في الحماية والوقاية من احتمال سوء استخدام الوصي الذي قد لا يعمل على حماية مصالح المريض. إضافةً إلى ذلك يحق للولايات رفض تقييم جودة حياة الشخص، والاكتفاء بتأكيد رغبتها التامة وعزمها المطلق على الحفاظ على الحياة الإنسانية، مقابل مصالح الفرد التي يحميها الدستور. بينت قضية كروزان أن المحكمة العليا الأمريكية تعارض إعطاء الأشخاص المؤهلين (من خلال الوصي) نفس حقوق تقرير المصير الدستورية المتاحة للمؤهلين.

في نوفمبر (١٩٩٠م) مُنح ذوو كروزان جلسةً ثانية في المحكمة الأولية التي لم تعارضها الولاية، حيث أقنعت البراهين الجديدة القاضي أن نانسي كروزان ما كانت ترغب العيش في وضع إنباتي مستديم، وفي نهاية عام (١٩٩٠م) أمر بإزالة أنبوب التغذية. فشلت

جماعــاتٌ مناهضة لقتل الرحمة في التدخل، حيث لم تســتأنف الولاية الحكم ثم ماتت كروزان من الجفاف بعد أسبوعين، بعد مرور ثمان سنوات على وقوع حادثها[٤٨].

منح حكم كروزان الولايات حرية التصرف في سن القوانين في مثل تلك الحالة، إذ ترشد قوانين الولاية منظمات الخدمات الصحية. بالإضافة إلى أن المنظمات تتحمل عبئاً خاصاً وهو إشــعار المرضــى بحقوقهم القانونية فيما يتعلــق بالتعليمات الطبية المســبقة كما ينص عليه القانون الفدرالي، بل علــى المنظمة أن تتجاوز إبلاغ المرضى ومســاعدتهم إلى ضمان جعل الإرشــاد جزءاً من الملف الطبــي، ويطبق ضمن عملية الرعايــة الصحية. تفي منظمات الخدمــات الصحية بتلك الأعباء كجزء من التزامها بمبادئ الإحسان وعدم الإضرار واحترام الأشخاص.

لم تفصل قضايا مثل قضيتي هنينقر وكروزان مســألة إيقاف العلاج المعزز للحياة لمن هو في حالة إنباتية مستديمة، إذ تثير قضية تيري سكيافو في فلوريدا[٤٩] -وحالات مماثلة- الحوار حول ما إذا كانت منظمات الخدمات الصحية وموظفوها الإكلينيكيون ملزمين قانونياً بتوفير الإماهة والتغذية الصناعية للمرضى في حالة إنباتية مستديمة، فعندما يلزم تهدئــة أوتقييد المرضى ليتحملوا أنبوب التغذية أوأنبوب الحقن الوريدي فتلــك أعباءٌ ومشــقةٌ كبيرة، وينبغي التســاؤل عما إذا كانت الرعايــة في تلك الحالة مطلوبة[٥٠]، وبعبارة أخرى مــا إذا كانت الإماهة والتغذية الصناعية لتعزيز الحياة لهذا النوع من المرضى هي رعايةٌ اســتثنائية (غير تناســبية)، مع أنه تحت الظروف المعتادة تعد الإماهة والتغذية رعايةٌ عادية (تناسبية).

قــد يعارض البعض مــا إذا كان يجب أن تعد تغذية وإماهــة المرضى بعلة انتهائية -أو في حالة إنباتية مســتديمة- رعايةٌ اســتثنائية (غير تناسبية) على الإطلاق. وقد تناولــت الجمعية الطبية الأمريكية هذه القضية -فــي منتصف الثمانينات من القرن الماضــي- عندمــا صرحت أنه ليس من غير الأخلاقي للأطبــاء إيقاف العلاج الطبي "الممد للحياة" للمرضــى المصابين بعلة انتهائية، أو في غيبوبة لا يمكن الخروج منها، حينما قرر الطبيب أن أعباء العلاج تتجاوز منفعته. وتم تعريف العلاج على أنه يشمل الأدويــة والتنفس والتغذية والإماهة التي توفر بطريقــة صناعية أو تقنية[٥١]. صدرت احتجاجات ممن خشــي أن تدفع السياسة الجديدة بالأطباء لإيقاف التغذية والإماهة عندما يــرون ذلك في مصلحة المريض؛ رغم أن المرضــى يعتقدون أن مصلحتهم تقع في استمرار تلك العلاجات ولكنهم لا يقدرون على الإفصاح عن ذلك القرار. أصرت

الجمعيــة على موقفها ولكن بتركيز أكثر على اســتقلالية المرضى وصنع قرار الوصي عند الضرورة عوضاً عن قرار الطبيب للأعباء والمنافع[٥٢].

تكون أهداف التغذية والإماهة الصناعية أحياناً مبهمة، فالأمل عند بدئها هو أنها ســتعزز حياة المريض حتى يحصل تحسنٌ أو شــفاء، إلا أن ما يحدث بعد ذلك هو أن الحالة تترك ســائبة على هواها بحيث تســتمر التغذية والإماهة بدون تحديد نقطة التوقف، وهنا يظهر تردد الإكلينيكيين (والأسر) كثيراً في إيقاف العلاج أكثر من منعه أساساً، إضافةً إلى أن تلك المعالجة قد تطيل حياة المرضى المحتضرين ولكنها تزيد من معاناتهم في الوقت ذاته. ومن بين مضاعفاتها الكثيرة المحتملة تأتي الخطورة الأكبر للتغذية والإماهة الصناعية من تحميل الســوائل المفرط في الجسم، ويوصى بتحديد هــدف علاجي للتغذية والإماهة الصناعية بدقــة، ويُتفق عليه قبل التطبيق ويجب أن يشارك أفراد الأسرة في عملية صنع القرار وتقييم نتائج المعالجة[٥٣].

من الأسئلة الشائعة المتعلقة بالمرضى الذين تمنع عنهم الإماهة والتغذية ما إذا كان ذلك عملاً قاسياً غير إنساني بسبب الألم الذي يُعتقد أنهم يقاسونه، وقد لا تكون تلك القضية قد فصلت تماماً ولكن يشير زخم البراهين إلى أن الجفاف والجوع المطولان لا يسببان الألم وأن رقائق الثلج أو المسحات القطنية المبللة تلطف الضيق المحدود الناتج عن جفاف الفم، ويمكن تخفيف المشكلات الناتجة عن الإفرازات المفرطة والاستسقاء وسلس البول[٥٤]، كما ذكر سوليفان[٥٥]:

> **فــي حــال الجفاف والجــوع قد تحدث الوفــاة من أســباب عديدة، ومــن الأحداث النهائيــة الشــائعة نتيجــة اســتنفاد كميــة الدم، اضطــراب النظم والعــدوى وهبوط النظام الدوري. والمســار الإكلينيكي لكل منها يكون عادةً ســريعاً ولا يرتبط بأي ألم أو مشقة على المريض.**

تدعم اســتنتاجات سوليفان تقييمات المرضات بأن المرضى الذين رفضوا الطعام والماء لاقوا «موتاً لطيفاً» عادةً خلال أســبوعين ومع القليل من الألم أو المعاناة، وبذلك يفندون الافتراض الشائع أن الموت بتلك الطريقة مؤلمٌ وشنيع[٥٦]. تصر بعض المنظمات على الاســتمرار في الإماهة رغــم إيقاف التغذية، وهو فيما يبــدو بلا مغزى وكل ما يحققه هو إطالة وتمديد عملية الموت.

تُسمع الاعتراضات على هذه الأخلاقية الآن أقل مما كانت في منتصف التسعينات، ومــن الأرجح أن معظم النــاس ينزعجون ويضيقون كثيراً لو لــم يتوفر الطعام والماء، وبغض النظر عن النقاش والحوار على المســتوى النظري يجب تطبيق الأخلاقية على

أرض الواقــع، فما هو إذاً الفعل الصحيح أخلاقياً لمريــض معين؟ وقد يؤدي هذا إلى إشعال الحوار مرةً أخرى.

الأطفال الرضع:

أضافت قضية الطفل الرضيع دو بعداً مهماً لما بدأ مع قضية كوينلان في منتصف السبعينات، تستمد تســمية «الطفل دو» من محاضر جلسات عدة محاكم محلية على مستوى الولاية في منتصف الثمانينات، فقد شملت جميع القضايا آباءً قرروا الإحجام عن علاجات تعزيز الحياة لأطفالهم حديثي الولادة الذين ولدو بانحرافات وتشــوهات جينية يمكــن علاجها. دفعت الضجة الاعلامية –التي تلــت وفاة اثنين منهم– وزارة الصحة والخدمات الإنســانية إلى إصدار ضوابط وأنظمــة في أبريل (١٩٨٢م) تمنع المستشــفيات التــي تتلقى تمويلاً فدراليــاً من منع العلاج المعــزز للحياة عن الأطفال الرضــع الذين يعانون من عجز أو إعاقة، واســتند هذا الفعل في شــرعيته إلى المادة (٥٠٤) مــن قانون التأهيل الصادر عام (١٩٧٣م) برقــم (ق.ع.٩٣-١١٢) الذي يحظر التمييز على أساس العجز. تصدت منظمات الخدمات الصحية للضوابط على أساس إجرائــي، فصدر أمر من المحكمــة بإيقاف تطبيقها. تلا ذلك محاولةٌ أخرى لإصدار نسخة معدلة من الضوابط في عام (١٩٨٣م) وكالضوابط الأولى أمرت بوضع خطوط هاتف ســاخنة للتبليغ عن الحــالات التي يزعم فيها منع علاجــات تعزيز الحياة عن حديثي الولادة الذين يعانون من أمراض خطيرة، مما أدى إلى وضع لافتات بمعلومات عن ضرورة معالجة حديثي الولادة هؤلاء. أما بالنسبة لمقدمي الرعاية فقد كانت تلك الخطوط الساخنة أكثر المتطلبات كراهيةً وإثارةً للخلاف والجدل، فقد ادعى المناوئون أن الضوابــط حولت مقدمي الرعاية إلى جواســيس. من التعديلات المهمة في تنقيح (١٩٨٣م) أن الأفعال المستحيلة أو عديمة الجدوى أو العلاجات التي تطيل عملية موت الرضيــع الذي ولد بعلة انتهائية ليســت متطلبة. نجح مناوئو الضوابط في الحصول على معالجة قانونية (judicial relief) تمنع التطبيق.

فــي يونيو (١٩٨٥م) وافقت المحكمة العليا الأمريكية على النظر في طعن من وزارة العدل الأمريكية لحكم محكمة أولية يلغي ضوابط الطفل دو، وقد كان ذلك مفاجئاً لأن ما قام به الكونغرس ووزارة الصحة والخدمات الإنســانية ألغى الحاجة إلى الضوابط الأولــى، وفي يونيو (١٩٨٦م) وافقت المحكمة العليا مع المحكمة الأولية في حكم أبطل

قوانـــين الطفل دو، كمـــا وافقت على أن المادة (٥٠٤) من قانـــون التأهيل الصادر عام (١٩٧٣م) لا يمنح وزارة الصحة والخدمات الإنســانية الســلطة لإجبار المستشــفيات علــى معالجة الرضــع الذين يعانون من عجز حاد رغم احتجــاج الوالدين. أثار حكم المحكمة استياء مجموعات التأييد الذين ادعوا أن هناك مشكلات جذرية في التطبيق مع تعديلات قانون منع ومعالجة إيذاء الأطفال الصادر عام (١٩٨٤م) برقم (ق.ع.٩٨-٤٥٧)، في كل من الناحية الإجرائية وبســبب تحيز أساســي ضد العجز من قبل بعض الأطبــاء ووكالات خدمــات الأطفال، ويؤكدون أن تلك التحيزات ســتؤدي إلى قرارات بعدم العلاج في عدد كبير من الحالات.

تعديلات إيذاء الأطفال:

دفعــت الخلافات الأصلية الدائرة حــول حالات الطفــل دو الكونغرس إلى تناول مسألة حديثي الولادة الذين يعانون من عجز شديد في تعديلات عام (١٩٨٤م) لقانون إيذاء الأطفال. أسســت الضوابط والأنظمة التي تلت أدلة المعالجة والتقارير لرعاية حديثي الولادة الذين يعانون من عجز شديد. إذ إن منع المعالجة التي يوصي بها الطب عن الرضع العاجزين غير قانوني إلا في الحالات التالية:

> تنطبق في رأي الطبيب -أو الأطباء المعالجين- الطبي المعقول أي من الظروف التالية:
>
> (١) الرضيــع في غيبوبــة مزمنة أو لا يمكنه الخــروج منها، أو (٢) توفيــر المعالجة يطيل عملية المــوت فقط، وليس فعالاً في تحســين أو تصحيــح جميع أوضاع الرضيع الصحية التــي تهدد حياته، أو أنها عدا ذلــك، عديمة الفائدة من حيث نجاة الرضيــع، أو(٣) أن توفير المعالجة يكون -عملياً- عديم الفائدة من حيث نجاة الرضيع وأن المعالجة بحد ذاتها في ظل هذه الظروف قاسية وغير إنسانية.[٥٧]
>
> يشــمل تعريف «المعالجة التــي يوصي بها الطــب» الرعاية الملائمة كالتغذية والإماهة والدواء[٥٨]. ولا تسمح الضوابط بالقرارات المبنية على آراء شخصية غير موضوعية عن جودة الحياة المستقبلية للشخص الذي يعاني من تأخر عقلي أو عجز آخر[٥٩].

فـــي ظل القانـــون على منظمـــات الخدمات الصحيـــة المعنية تعيين الأشـــخاص الذين يقومون بالتبليغ عن المشكلات المشتبه بها إلى وكالات خدمـــات حماية الأطفال التابعة للولاية، وتنســـق الوكالات وتتشـــاور مع هؤلاء الأشخاص وبعد التصريح بإهمال طبي مشبوه، قد تبدأ في اتخاذ إجراءات قانونية.

الخاتمة:

القضايـــا الأخلاقية التي تبرز من قرارات نهايـــة الحياة هي من بين أكثر القضايا التـــي تواجهها منظمات الخدمات الصحية وموظفوها الإكلينيكيون والإداريون عموماً. وتحتل التقنية موقعاً مركزياً في المشـــكلات الأخلاقية والقانونية المحيطة بالموت، فقد تحـــل التقنيات الحديثة بعض المشـــكلات ولكن إذا كان التاريـــخ دليلاً فمن الأرجح أن تخلـــق التقنية معاضلات أخلاقيـــة بقدر ما تحل. ولكن بالنســـبة لمعالجات كالتغذية الأنبوبية التي تمد في الحياة باســـتخدام تقنية منخفضة فالقضية أساسية، فالطعام والماء جوهريان لبقاء الإنســـان، إلا إنه من الأرجح أن يعد كلاهما معالجةً اســـتثنائيةً عندما لا يوفر الاستمرار في تقديمهما أملاً معقولاً بالمنفعة.

الهوامش:

1. American Medical Association. (1994, June). E-2.20: Withholding or withdrawing life-sustaining medical treatment. Retrieved March 15, 2004, from http:// www.ama-assn.org/ama/pub/category/8457.html.

2. A definition of irreversible coma: Report of the Harvard Medical School Ad Hoc Committee to Examine the Definition of Brain Death. (1968, August). Journal of the American Medical Association 205(6), pp. 337–338.

3. Robert M. Veatch. (1972, November). Brain death: Welcome definition or dangerous judgment? Hastings Center Report 2(6), p. 10.

4. National Conference of Commissioners on Uniform State Laws. (1980). Uniform Determination of Death Act. Retrieved December 2, 2003, from http:// www.law.upenn.edu/bll/ulc/fnact991980/s/udda80.htm.

5. Eun-Kyoung Choi, Valita Fredland, Carla Zachodni, J. Eugene Lammers, Patricia Bledsoe, & Paul R. Helft. (2008, Winter). Brain death revisited: The case for a national standard. Journal of Law, Medicine, and Ethics 36(4), p. 825.

6. National Conference of Commissioners on Uniform State Laws.

7. Ibid.

8. Eelco F.M. Wijdicks. (1995, May). Determining brain death in adults. Neurology 45, p. 1005.

9. Eelco F.M. Wijdicks, Panayiotis N. Varelas, Gary S. Gronseth, & David M. Greer. (2010, June 8). Evidence-based guideline update: Determining brain death in adults. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. Neurology 74, pp. 1911–1917.

10. Ascension Health. (2003, October 17). Brain death. Retrieved March 2, 2011, from http://www.ascensionhealth.org/index.php?option=com_content&view=article&id=117&Itemid=172.

11. The American Academy of Neurology (AAN) adopted the Uniform Law Commissioners' definition of whole brain death in 1978. "For legal and medical purposes an individual with irreversible cessation of all function of the brain, including the brain stem, is dead. Determination of death under this act shall be made

in accordance with reasonable medical standards." American Academy of Neurology, personal communication, May 17, 1996.

12. Partnership for Caring. (2001, February). Facts about surrogate decision making law. Retrieved October 28, 2003, from http://www.partnershipforcaring.org/ Resources/ pdf/surrogate.pdf.

13. Ibid.

14. Center for Bioethics at the University of Minnesota–Twin Cities. (2003, October 21). Advance directives. Retrieved March 15, 2004, from http://www.bioeth ics.umn. edu/resources/topics/advance_directives.shtml.

15. Keshia M. Pollack, Dan Morhaim, & Michael A. Williams. (2010, June). The public's perspectives on advance directives: Implications for state legislative and regulatory policy. Health Policy 96(1), pp. 57–63.

16. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. (2004). Ethics, rights, and responsibilities. In Hospital accreditation standards (p. 109). Oakbrook Terrace, IL: Author.

17. Richard J. Ackermann. (2000, October 1). Withholding and withdrawing lifesustaining treatment. American Family Physician 62, p. 1556.

18. Choice in Dying. (1996, March). State statutes governing living wills and appointment of health care agents. New York: Author; Partnership for Caring. (2001, December 31). Summary of state statutes: State statutes governing living wills and appointment of health care agents. Retrieved March 15, 2004, from http:// www .partnershipforcaring.org/Resources/developments_set.html.

19. Dahm, Lisa. (2008, August). Medical futility and the Texas medical futility statute: A model to follow or one to avoid? Health Lawyer 20(6). Retrieved March 1, 2011, from http://www.americanbar.org/groups/health_law/resources/re sources_for_law_ students/V20_6_Marc_Meyer.html.

20. R. Sean Morrison, Ellen Olson, Kristan R. Mertz, & Diane E. Meier. (1995, August 9). The inaccessibility of advance directives on transfer from ambulatory to acute care settings. Journal of the American Medical Association 274(6), pp. 478–482.

21. Anna Maria Cugliari, Tracy Miller, & Jeffery Sobal. (1995, September 25). Factors promoting completion of advance directives in the hospital. Archives of Internal Medicine 155, pp. 1893–1898.

22. Brendan M. Reilly, Michael Wagner, C. Richard Magnussen, James Ross, Louis Papa, & Jeffrey Ash. (1995, November 27). Promoting inpatient directives about life-sustaining treatments in a community hospital. Archives of Internal Medicine 155, pp. 2317–2323.

23. Mildred Z. Solomon, Lydia O'Donnell, Bruce Jennings, Vivian Guilfoy, Susan M. Wolf, Kathleen Nolan, Rebecca Jackson, Dieter Koch-Weser, & Strachan Donnelley. (1993, January). Decisions near the end of life: Professional views on life-sustaining treatments. American Journal of Public Health 83(1), pp. 14–21.

24. American Bar Association Commission on Aging. (2009, November). Default surrogate consent statutes. Retrieved November 28, 2010, from http://new.aba net. org/aging/PublicDocuments/famcon_2009.pdf.

25. Partnership for Caring, 2001 (December).

26. Bonnie S. Jacobson. (1994, September). Ethical dilemmas of do-not-resuscitate orders in surgery. AORN Journal 60(3), pp. 449–452; Proposed AORN position statement on perioperative care of patients with do-not-resuscitate (DNR) orders. (1994, October). AORN Journal 60(4), pp. 648, 650; Statement of the American College of Surgeons on advance directives by patients: "Do not resuscitate" in the operating room. (1994, September). ACS Bulletin, p. 29; Judith O. Margolis, Brian J. McGrath, Peter S. Kussin, & Debra A. Schwinn. (1995). Do not resuscitate (DNR) orders during surgery: Ethical foundations for institutional policies in the United States. Anesthesia and Analgesia 80, pp. 806–809.

27. Partnership for Caring. (2003, November 25). States are creating a new form called a "nonhospital DNR order": Here's why. Washington, DC: Author.

28. Charles P. Sabatino. (2011). Deciding for others: A shifting legal landscape. Retrieved January 5, 2011, from http://www.abanet.org/aging/cle/docs/Boston _ Unbefriended-CS.pdf.

29. Andrew L. Evans & Baruch A. Brody. (1985, April). The do-not-resuscitate order in teaching hospitals. Journal of the American Medical Association 253(15), pp. 2236–2239.

30. Susanna E. Bedell & Thomas L. Delbanco. (1984, April). Choices about cardiopulmonary resuscitation in the hospital: When do physicians talk with patients? New England Journal of Medicine 320(17), pp. 1089–1093.

31. Joan M. Teno, Rosemarie B. Hakim, William A. Knaus, Neil S. Wenger, Russell S. Phillips, Albert W. Wu, Peter Layde, Alfred E. Connors, Neal V. Dawson, & Joanne Lynn, for the SUPPORT Investigators. (1995, April). Preferences for cardiopulmonary resuscitation: Physician–patient agreement and hospital resource use. Journal of General Internal Medicine 10, pp. 179–186.

32. Susan Morse. (1985, July 15). Final requests: Preparing for death. (Quoting ethicist Robert Veatch.) Washington Post, p. B5.

33. Sherwin B. Nuland. (1995). How we die: Reflections on life's final chapter (pp. 248, 258–259). New York: Vintage Books.

34. William M. Tierney, Paul R. Dexter, Gregory P. Gramelspacher, Anthony J. Perkins, Xiao-Hua Zhou, & Frederic D. Wolinsky. (2001, January). The effect of discussions about advance directives on patients' satisfaction with primary care. Journal of General Internal Medicine 16(1), pp. 32–40.

35. Peter H. Ditto, Joseph H. Danks, William D. Smucker, Jamila Bookwala, Kristen M. Coppola, Rebecca Dresser, Angela Fagerlin, R. Mitchell Gready, Renate M. Houts, Lisa K. Lockhart, & Stephen Zyzanski. (2001, February 12). Advance directives as acts of communication: A randomized controlled trial. Archives of Internal Medicine 161(3), pp. 421–430.

36. Kristin M. Coppola, Peter H. Ditto, Joseph H. Danks, & William D. Smucker. (2001, February 12). Accuracy of primary care and hospital-based physicians' predictions of elderly outpatients' treatment preferences with and without advance directives. Archives of Internal Medicine 161, pp. 431–440.

37. Andis Robeznieks. (2002, December 9). End-of-life care receives failing grades. American Medical News. Retrieved November 14, 2003, from http://www.ama -assn.org/amednews/200209/12//prsd1209.htm.

38. Lois LaCivita Nixon & Lori Roscoe. (1999, June). How can you improve endof- life decision making? Trustee 52(6), p. 12.

39. Carrie Gordon Earll. (2001, February 27). Status of physician-assisted suicide law. CitizenLink: Focus on Social Issues. Retrieved November 4, 2003, from http://www. family.org/cforum/fosi/bioethics/euthanasia/a0028006.cfm.

40. Gerald Kelly. (1951, December). The duty to preserve life. Theological Studies 12, p. 550.

41. Vatican Congregation for the Doctrine of the Faith. (1980, June 26). Declaration on euthanasia. Vatican City: Author.

42. Tom L. Beauchamp & James F. Childress. (2001). Principles of biomedical ethics (5th ed., p. 129). New York: Oxford University Press.

43. Patient's right to starve upheld. (1984, February 3). Washington Post, p. A20.

44. Robert M. Veatch. (1977). Case studies in medical ethics (pp. 340–341). Cambridge, MA: Harvard University Press.

45. In re Quinlan, 70 NJ. 10, 355 A.2d 647 (1976).

46. Susan M. Wolf. (1990, January/February). Nancy Beth Cruzan: In no voice at all. Hastings Center Report 20(1), p. 39.

47. Cruzan v. Director, Missouri Department of Health et al. 110 S. Ct. 2841 (1990).

48. Malcolm Gladwell. (1990, December 27). Woman in right to die case succumbs. Washington Post, p. A3.

49. Terri Schiavo's case was more complex, emotional, and public than Nancy Cruzan's. Schiavo's diagnosis as being in PVS was disputed. Her husband, Michael, and her parents, Robert and Mary Schindler, were locked in a legal dispute regarding control of decision making for Schiavo. Michael sought to withdraw life-sustaining AHN; the Schindlers opposed him. Numerous advocacy groups supported each side in their efforts. Dozens of hearings, trials, and appeals were held in state and federal courts over a 10-year period. The case became politicized, eventually involving the Florida legislature and governor and the U.S. Congress and president. Michael prevailed in the contest for control of Terri's future; she died approximately 2 weeks after life-sustaining AHN was withdrawn. The autopsy found that the direct cause of Schiavo's death was dehydration; other autopsy findings were consistent with persistent vegetative state (PVS). A thorough review and chronology of the Schiavo case can be found in Chad D. Kollas & Beth Boyer-Kollas. (2006). Closing the Schiavo case: An analysis of legal reasoning. Journal of Palliative Medicine 9(5), pp. 1145–1163.

50. Joanne Lynn & James E. Childress. (1983, October). Must patients always be given food and water? Hastings Center Report 13(5), pp. 17–21; John J. Paris & Anne B. Fletcher. (1983, October). Infant Doe regulations and the absolute requirements to use nourishment and fluids for the dying infant. Law, Medicine & Health Care 11, pp. 210–213.

51. American Hospital Association. (1986, March 15). Withholding and withdrawing life-prolonging medical treatment. Chicago: Author.

52. American Medical Association, Council on Ethical and Judicial Affairs. (1994). Code of medical ethics: Current opinions with annotation (pp. 36–38). Chicago: Author.

53. Michael E. Frederich. (2002, Fall). Artificial hydration and nutrition in the terminally ill. AAHPM Bulletin 4(1), pp. 8–9, 13.

54. Robert J. Sullivan, Jr. (1993, April). Accepting death without artificial nutrition or hydration. Journal of General Internal Medicine 8, p. 222.

55. Ibid.

56. Donald G. McNeil, Jr. (2003, July 1). First study on patients who fast to end lives: Survey says starving isn't painful or grisly. New York Times, p. A19.

57. Child Abuse and Neglect Prevention and Treatment, 45 C.F.R. §1340.15(b) (2). (1999).

58. Ibid.

59. Child Abuse and Neglect Prevention and Treatment, 45 C.F.R. §1340.20 (Appendix to Part 1340—Interpretation of Guidelines Regarding 45 C.F.R. 1340.15.) (1999).

الفصل الحادي عشر

استقلالية المرضى ونموذج الانتحار بمساعدة الطبيب

أصبح الانتحار بمساعدة الطبيب قضية أخلاقية وقانونية بارزة في الولايات المتحدة في عـــام (١٩٩٠م)، أقحمها في وجدان الجمهور دســـائس الدكتـــور جاك كيفوركيان وهـــو أخصائي في الباثولوجيا من ولاية ميشـــيغان. رغم أنه مـــن المعروف أن الدور البـــارز للطبيب -رغم ندرة مناقشـــة هذا الموضوع- هو «توفيـــر الراحة دائماً»، وتبرز أهميـــة هذا الدور عندما تضعف الآمـــال من منفعة تُرجى من المزيد من العلاج، ولكن هذه الأخلاقية لم تشـــمل مطلقاً المســـاعدة على الانتحار. يحتم أحياناً تسكين الألم اســـتخدام كميات كبيرة من المورفين ولكن الموت غير المقصود في السعي نحو الرعاية التلطيفية أثار بعض المشـــكلات الأخلاقية (والقانونية)، ومما لاشـــك فيه أن الأطباء ومقدمـــي الرعاية الآخرين (كالممرضات مثلاً) قـــد التفتوا أحياناً إلى التماس مريض أضناه الألم في مســـاعدته على الموت، أو أنهم بدافع الغريزة الإنســـانية فقط قد أدوا قتـــل الرحمة الفاعل غير الإرادي مع مريض فقد الأمل من شـــفائه وفقد القدرة على التواصل. يحظر التقليد الأبوقراطي على الأطباء إعطاء عقار فتاك ويعد تسببهم في الموت عمداً غير أخلاقي ســـواءً طلب ذلك منهم المريض أو بهدف تسكين الألم النبيل، وفـــي هذه الحالات لا تعار رغبات المريض أي انتباه. وتنعكس الأخلاقية الأبوقراطية في تجريم القتل فقوانين جميع الولايات تقريباً تحظر المساعدة على الانتحار.

يكون الانتحار بمساعدة الطبيب أحد ثلاثة أنواع من المساعدة على الموت، أو الموت بمســـاعدة الطبيب، ويعامل الثلاثـــة أحياناً كمترادفات وهو خطأ شـــائع. والتعريف الدقيق للانتحار بمســـاعدة الطبيب لا يطابق أي أنواع قتل الرحمة التي ناقشـــنا في الفصل العاشـــر. فله خصائص؛ قتل الرحمة التطوعـــي (يرغبه المريض) الفاعل (له خطوات محددة) ولكنه يختلف من ناحية حاســـمة، إذ يقع الانتحار بمساعدة الطبيب عندما يوفر طبيب الوسيلة والنصائح الطبية التي تمكن شخصاً من الانتحار، بل تصل فـــي بعض صورها إلى درجة ضمان الطبيب لنجاح الانتحار، ولكن في جميع أشـــكال الانتحار بمســـاعدة الطبيب يؤدي المرضى العمل الذي يســـبب -مباشرةً- موتهم. في تعريفه الشـــامل يعد الانتحار بمســـاعدة الطبيب موتاً جيداً لأن النية منه أن يكون بلا ألم، إلا أنه لا يعد قتل رحمة كما عرفناه ســـابقاً. يمنع العجز الجســـدي البعض من

ممارســة فعل يؤدي إلى الموت وهم مؤهلون لقتل الرحمــة التطوعي الفاعل لو أصبح قانونياً، كما أن القدرة والأهلية العقلية -لمن يرغبون في تلقي المســاعدة على الانتحار أو أن يطبق عليهم قتل الرحمة- مشبوهة دائماً ومصدر للإشكال.

الجوانب القانونية للانتحار بمساعدة الطبيب في الولايات المتحدة:

أُخذت إجازة الانتحار بمساعدة الطبيب قانونياً بعين الاعتبار في مبادرات اقتراعية في ولاية واشنطن (١٩٩١م) وولاية كاليفورنيا (١٩٩٢) ورفضت في كليهما. وفي عام (١٩٩٤م) نجــح مقترعو ولاية أوريغون بصعوبــة (٥٢٪مقابل ٤٨٪) في التصويت على مبادرة لسن قانون الموت بكرامة، الذي جعل الانتحار بمساعدة الطبيب قانونياً، إلا أن استئنافات المحكمة أجلت تطبيقه، وطلبت الهيئة التشريعية من الناخبين نقض القانون ولكــن هُزم هذا الطلب بكفــاءة بواقع (٦٠٪ مقابل ٤٠٪) وأصبح الانتحار بمســاعدة الطبيب متاحاً لسكان أوريغون الذين يعانون من علة انتهائية في نهاية عام (١٩٩٧م).

أصبــح الانتحار بمســاعدة الطبيب قانونياً فــي كل من أوريغون وولاية واشــنطن ومونتانــا في عام (٢٠١١م)، وقــد قضت محكمة مونتانا العليا فــي عام (٢٠٠٩م) أن الانتحار بمســاعدة الطبيب لا ينتهك قانون الولاية ولا ينافي ســابقات المحكمة العليا وبالتالي فهو قانوني[١]. أخذت تشــريعات الانتحار بمساعدة الطبيب بعين الاعتبار في أكثر من اثنتي عشر ولايةً أخرى[٢]، إلا أنه غير قانوني بموجب سابقات قانون خاص أو القانون العام في جميع الولايات تقريبا، وفي عام (٢٠١١م) حظرت تشريعات في (٣٦) ولايةً الانتحار المساعد، وفي سبع ولايات حقق القانون العام الهدف ذاته. ولا يوجد في أربع ولايات ومنطقة كولومبيا (العاصمة) حظرٌ تشــريعي أو بموجب القانون العام على الانتحار المساعد[٣]. تتناقض هذه البيئة القانونية تماماً مع الاستطلاعات التي تبين أن أغلبية كبيرة من الأمريكيين تؤيد مســاعدة الطبيب في إنهاء حياة من يشــكون من علة انتهائية. (انظر الجزء بعنوان «قضايا لمديري الخدمات الصحية» فيما يلي).

في مــارس (١٩٩٦م) حكمــت محكمة اســتئناف الدائرة التاســعة الفدرالية في كاليفورنيا في قضية واشــنطن ضد غلوكســبيرغ أن قانون ولاية واشنطن الذي يجرم الانتحار بمساعدة الطبيب كان إنكاراً للإجراءات القانونية في ظل التعديل الرابع عشر للدستور الأمريكي، وقد ارتكز تبرير المحكمة لذلك على قضايا الإجهاض في المحكمة العليا التي وجدت محكمة استئناف الدائرة فيها تشابهاً مقنعاً ملزماً[٤]. وبعد شهر من ذلك قضت محكمة استئناف الدائرة الثانية في نيويورك في قضية فاكو ضد كويل أن

للأشــخاص المصابين بعلة انتهائية نفس الحق فــي تعجيل الموت بتناول العقاقير، كما لهــم الحق برفض دعم الحياة الصناعي وبذلك نقضت قانون نيويورك، وقد بني حكم المحكمة على أساس بند الحماية المتساوية في التعديل الرابع عشر[٥].

في عام (١٩٩٧م) وافقت المحكمة العليا الأمريكية على النظر في اســتئنافات لتلك القضيتين، فحكمت المحكمة العليا بالإجماع في قضيتي واشــنطن ضد غلوكســبيرغ[٦] وفاكــو ضد كويــل[٧] أن بإمكان الولايات حظر الانتحار المســاعد بدون أن تنتهك بندي الإجراءات القانونية أو الحماية المتساوية في التعديل الرابع عشر للدستور الأمريكي، ولم تحكم المحكمة بما إذا كان باستطاعة الولايات سن قوانين تسمح بالانتحار المساعد. وفــي قضية ملازمــة (companion case)، رفضت المحكمــة النظر في حكم محكمة أولية في قضية لي ضد كاركلرود[٨] الذي أصر على أنه ليس لمجموعة من المرضى بعلة انتهائية وأطبائهم أي أســاس للطعن في دســتورية قانون أوريفون للانتحار بمساعدة الطبيب لأنه لا يشــكل خطراً شــخصياً عليهم[٩]. وبذلك تبقى قضية مساعدة الطبيب في الانتحار ضمن إطار سلطة الولاية وقوانينها.

قضية «دكتور الموت».

في عام (١٩٩٠م) خشــيت جانيت أدكينز -وهي امرأةٌ في الرابعة والخمســين من عمرها وتعانــي من المرحلة الأولية لمرض الزهايمر- من فقدان ذاكرتها، والقدرة على ممارســة النشــاطات العادية - فطلبت عون الدكتور جاك كيفوركيان، وهو أخصائي متقاعد في الباثولوجيا - لمساعدتها على الانتحار قبل أن تتدهور قدراتها العقلية فلا تتمكن من صنع قرار عقلاني[١٠]، كان كيفوركيان قد اكتســب شــهرةً وطنية في مؤتمر صحفــي في بداية العام حيــث عرض جهازاً صممه ليمكن الأشــخاص الراغبين في الموت من تناول سموم كيماوية ذاتياً بعد مساعدة أولية من الطبيب. انتقدت مساعدة كيفوركيان لأدكينز في أنها معيبة إجرائياً وقد شــكك في أهلية أدكينز العقلية بســبب تشــخيصها[١١]، وركزت القضية انتباه الجمهور بشــدة على قضية قتل الرحمة الفاعل التطوعي، والحق في الانتحار المساعد.

فــي عمليات الانتحار المســاعد الأولية، أدى كيفوركيــان دوراً فعالاً بأن بدأ حقنة محلــول الملح الوريدية، بعد ذلك بدأ المريض نفســه تدفق كلوريد الصوديوم ومســكن الباربيتــورات اللذين يؤديان إلى الموت، وأخذ دور كيفوركيان يتغير مع اســتمراره في المســاعدة على الانتحار. بعد ســحب ترخيصه الطبي لم يعد بإمكان كيفوركيان - أو

«دكتور الموت» كما أسماه نقاده ومعارضوه- الحصول قانونياً على العقاقير الكيماوية التي استخدمها من قبل، فبدأ باستخدام غاز أول أكسيد الكربون، الذي كان يتم استنشاقه من خلال كمامة توضع على وجه المريض الذي يبدأ هو بعد ذلك جريان الغاز. بدأ كيفوركيان بتسجيل محادثاته مع مرضاه بالفيديو قبل مساعدته لهم على الانتحار، أجابوا فيها على أسئلة وثقت حالتهم العقلية إضافةً إلى رغبتهم في الموت، وبنهاية عام (١٩٩٦م) كان كيفوركيان قد ساعد على أكثر من أربعين عملية انتحار، وقعت جميعها في ولاية ميشيغان التي لم يكن لديها بادئ الأمر قوانين تحظر ذلك، ولم يوقفه سن القوانين السريع التي تجرم الانتحار المساعد واستمر في ممارساته.

فشلت القضايا الجنائية العديدة التي رفعت ضد كيفوركيان للمساعدة على الانتحار لأسباب مختلفة منها: أن محكمة الاستئناف في ميشيغان قضت بأن حظر الانتحار المساعد قد تم سنُّه بطريقة غير قانونية؛ فألغى القضاة التهم الموجهة ضده لأنهم حكموا بأن الانتحار المساعد هو حقٌّ دستوري فبرأته مجموعات المحلفين[١٢]. وأخيراً أدين كيفوركيان بجريمة قتل من الدرجة الثانية في عام (١٩٩٨م) واستندت الإدانة بشكل أساسي على تسجيل فيديو قام به هو ويظهره الفيلم يعطي حقنةً فتاكة لشخص مصاب بالتصلب الجانبي الضموري، وسماه كيفوركيان قتل الرحمة ولكن المدعين والمحلفين اختلفوا معه وحكم عليه بالسجن لمدة (١٠-٢٥) سنة، وأطلق سراحه في عام (٢٠٠٧م) بعد قضاء ثمان سنوات في السجن ووعد أن يستمر في العمل على إجازة الانتحار المساعد[١٣]. وحسب تقديراته فقد ساعد كيفوركيان على ما لا يقل عن (١٣٠) عملية انتحار[١٤] ومن الأشخاص الذين يعرف أنهم ماتوا بمساعدة كيفوركيان والبالغ عددهم (٦٩) شخصاً، لم يشخص إلا (٢٥٪) منهم بعلل انتهائية[١٥]، أما معظمهم فكان يشكو من المراحل الأولية لداء تنكسي (degenerative disease)، وذلك أمرٌ يثير قضايا أخلاقيةً مهمة.

انتُقد كيفوركيان على أساس مهني وأخلاقي، بما في ذلك التأكيدات على أنه لم يعرف "مرضاه" وأنه لم يكن مؤهلاً لتشخيص أو فهم الأمراض لأنه أخصائي في علم الباثولوجيا، ولديه تضارب مصالح بسبب رغبته في الشهرة، ونشر الدعاية لجهاز الانتحار الذي صممه، وأنه ساعد أشخاصاً ما كانوا يعانون من علل انتهائية، ولم يكن مؤهلاً لتقييم القدرة العقلية للأشخاص الذين قام بمساعدتهم. كان كيفوركيان يأمل في تأسيس "مماتة" (obitorium)، وهي عيادة يمكن فيها للأشخاص المرضى بعلة انتهائية الراغبين في الانتحار الحصول على المساعدة في ذلك.

مـــن أهداف كيفوركيـــان المعلنة هو اختبار حدود اســـتقلالية المريض، وكان دفاعه الرئيســـي أن القانون الذي يجرم الانتحار المســـاعد هو تدخلٌ غير دســـتوري في حق الخصوصيـــة، وقد اســـتخدم هذا الدفاع منطقاً مشـــابهاً لما اســـتخدم في قضية رو ضـــد ويد، وهو حكـــم المحكمة العليا الأمريكية الذي قضى بأن حق المرأة الدســـتوري للخصوصيـــة يحمي قرارها بإجهاض حملها في الأشـــهر الثلاثـــة الأولى بدون تدخل الولاية. شـــكل الانتحار المســـاعد قضيةً أقوى لدعم الاستقلالية الشخصية، كما عبر عنه بالحق في الخصوصية بسبب عدم اشتراك حياة أخرى (الجنين) في الموضوع، إلا أن الخبراء يختلفون حول دستورية الانتحار المساعد[١٦،١٧]. في منتصف عام (١٩٩٥م) رفضت المحكمة العليا الأمريكية النظر في استئناف كيفوركيان لإدانته الجنائية[١٨].

تجربة أوريغون:

تقدمـــت عدة ولايات بمشـــاريع قوانين لإجازة الانتحار بمســـاعدة الطبيب، إلا أنه حتى كتابة هذا الكتاب لم يســـن قوانين الانتحار بمساعدة الطبيب إلا ولايتي أوريغون وواشنطن، وهناك تشابهٌ كبيرٌ بين قوانينهما، وبما أن قانون أوريغون أطول تاريخاً يركز عليه هذا النقاش.

يســـمح قانون أوريغون للأطبـــاء بوصف الأدوية التي تُنهي الحياة ولكن لا يســـمح بإعطائها. ولكي يتمكن من طلب أدوية فتاكة على الشخص أن يكون في الثامنة عشر من عمره أو أكبر، وأن يكون مقيماً في أوريغون، وأن يكون كفؤاً (يقدر على صنع وتبليغ قـــرارات رعايته الصحية)، وأن يكون قد شـــخِّص بعلة انتهائية تفضي إلى موته خلال ستة أشـــهر، وبعد اجتياز هذه الشـــروط يجب اتباع مجموعة من الخطوات للحصول على الوصفة كالتالي:

- يجب على المرضى الطلب شفوياً مرتين من الطبيب يفصلهما (١٥) يوماً.
- يجب أن يقدم المريض طلباً كتابياً للطبيب يوقعه بحضور شاهدين.
- يجب أن يؤكد الطبيب الذي يكتب الوصفة -وطبيب استشاري- التشخيص ومآل الحالة.
- إذا اعتقد أحد الطبيبين في ضعف قدرة الشـــخص على التمييز بســـبب مرض عقلي أو نفسي يجب تحويل المريض للفحص النفسي.
- يجـــب أن يبلغ الطبيب -الذي يكتب الوصفة- المريض بالبدائل المتاحة للانتحار المساعد بما فيها الرعاية التلطيفية ومأوى المحتضرين وتسكين الألم.

- يجب أن يلتمس الطبيب الذي يكتب الوصفة من المريض أن يخبر القريب الأدنى له عن طلب الوصفة ولكن لا يمكنه أن يفرض ذلك.

تم تعديل القانون في عام (١٩٩٩م) بحيث يتطلب إبلاغ الصيدلانيين بالاستخدام النهائي للوصفة المرتبطة بالانتحار بمساعدة الطبيب[٢٠]. وبامكان الطبيب أن يشهد تناول المريض للعقار ولكنه ليس ملزماً بذلك[٢١]، وعلى الأطباء تبليغ مشاركتهم لإدارة الصحة في الولاية، ومن يعمل بإخلاص وحسن نية ضمن القانون فهو محمي من المحاسبة المهنية والمسؤولية القانونية[٢٢].

النتائج: تم التبليغ عن أول عملية انتحارفي ظل قانون أوريغون في مارس عام (١٩٩٨م)[٢٣]، وبدأ برنامجا الصليب الأزرق والدرع الأزرق التأمينيان في أوريغون بتغطية الانتحار بمساعدة الطبيب في بداية عام (١٩٩٨م)[٢٤]، وفي نهاية ذلك العام أضاف برنامج أوريغون للتأمين الصحي (الذي يغطي مرضى برنامج مديكيد المعوزين) الانتحار بمساعدة الطبيب إلى خدمات الرعاية التلطيفية لنهاية الحياة، بجانب تدابير مثل أدوية تسكين الألم ومأوى المحتضرين[٢٥](hospice). وبنهاية عام (٢٠١٠م) تمت مساعدة (٥٢٥) من سكان أوريغون على الانتحار منذ سن القانون[٢٦].

مواصفات المرضى:

مازال سكان أوريغون الذين يختارون الانتحار بمساعدة الطبيب قلقين ومعنيين بأمور مثل فقدان الاستقلالية والكرامة وتناقص القدرة على ممارسة النشاطات التي تجعل الحياة ممتعة. وفي عام (٢٠١٠م) كان معظم المشاركين فوق سن الخامسة والستين (٧٠,٨٪)، وجميعهم من البيض، ومتعلمون (٤٢,٢٪ منهم حاصل على البكالوريوس على الأقل) (٧٨,٥٪) منهم مصاب بالسرطان، ولدى غالبيتهم تأمين صحي (٩٦,٧٪)، وكان (٩٢,٦٪) منهم مشترك بمأوى للمحتضرين، ولم يكن لدى حوالي ثلث المؤمن عليهم (٣٦,٧٪) إلا تأمين مديكير أو مديكيد[٢٧]. من المتوقع أن تبدد تلك البيانات تخوف البعض من أن تطبيق القانون سيكون بصفة عامة على سكان أوريغون الفقراء، غير المتعلمين، والمرضى عقلياً أو المنعزلين اجتماعياً، ولكن كما هو الحال في هولندا، قد يبدأ المسنون بالاعتقاد أنهم عرضة لخطر خاص بسبب المقارنة التفاضلية المنفعية، الصريحة أو الضمنية، أن لهم قيمةً اجتماعيةً واقتصادية أقل من الشباب. يتناول الفصل الرابع عشر هذا الجانب من الانتحار بمساعدة الطبيب في سياق قرارات الإنصاف والتحصيص.

مواصفات الأطباء:

في عام (٢٠١٠م) كتب (٥٥) طبيباً (٩٦) وصفةً لجرعات فتاكة من الأدوية، ويتراوح عدد الوصفات التي كتبها طبيبٌ واحد من وصفة واحدة إلى أحد عشـــر وصفة، وقد أحيل طبيب واحد إلى مجلس أوريغون الطبي لعدم انتظاره فترة (٤٨) ســـاعةً اللازمة بين تقديم المريض للطلب كتابةً وكتابة الطبيب للوصفة[٢٨].

الخلاصة:

في التقارير السنوية الســـابقة، لاحظت إدارة الخدمات الإنسانية في أوريغون أن توافر الانتحار بمســـاعدة الطبيب قد أدى إلى تحســـين رعاية نهاية الحياة باستخدام وســـائل أخرى. فعلى ســـبيل المثال، أسست معظم المستشـــفيات الكبرى برامج فعالة لتدبر الألم والتعايش معه لتوفيرها للمرضى كبديل للانتحار المساعد[٢٩]. كما يتيح طلب الانتحار بمساعدة الطبيب الفرصة للأطباء لاستكشاف مخاوف المرضى ورغباتهم عن رعاية نهاية الحياة والخيارات المتاحة، وتشـــير التقارير إلى أن الأطباء سعوا إلى تعلم المزيد عن أدوية تسكين الألم للمصابين بعلة انتهائية، وإلى تحسين تمييزهم للأمراض العقليـــة، وأنهم زادوا تحويل المرضى إلى دور رعايـــة المحتضرين[٣٠]. لم يتم التبليغ إلا عـــن القليل من المضاعفات في عملية الانتحار فـــي أوريغون، وهي نتيجةٌ تتناقض مع البيانـــات الواردة من هولندا والتي نتناولهـــا فيما يلي، فلم يبلّغ عن أي مضاعفات في عـــام (٢٠٠٩م) وقد تراوح الوقت من تناول الدواء إلـــى الموت بين دقيقتين وأربعة أيام ونصف[٣١]، مما يدعو إلى التســـاؤل فيما إذا كان بالإمـــكان اعتبار التلكؤ لعدة أيام بعد تناول جرعة «فتاكة» من الدواء أي شيء عدا مضاعفاته.

من الاســـتنتاجات الممكنة لبيانات أوريغون أن الأطباء يستخدمون القانون بتدبر وحذر، والتفسير الآخر هو أن البيانات أقل مما يعطي صورةً حقيقية، كما قد تشير النتائـــج أيضـــاً إلى أن درجة مرتفعـــة من التردد من طرف كل مـــن الأطباء والذين قد ينشـــدون مســـاعدةً على الانتحار، ومن الأرجح أن يتقلص هذا التردد مع مرور الوقت ومع تزايد اســـتخدام الانتحار بمساعدة الطبيب وتقبله اجتماعياً. وبالنظر إلى تطور الانتحار بمســـاعدة الطبيب في هولندا فإن هذا التفسير الأخير يستحق التمحيص.

الانتحار بمساعدة الطبيب وقتل الرحمة في هولندا:

المقارنات الدولية مجدية ومفيدة، فقد أتيح الانتحار بمساعدة الطبيب في بعض أجزاء سويسرا منذ عام (١٩٤٢م)، مما جعلها وجهة «لسياح الانتحار»[٣٢]. وفي عام (٢٠٠٢م) أجازت بلجيكا قتل الرحمة التطوعي والانتحار المساعد بقانون شبيه بقانون هولندا (نناقش القانون الهولندي أدناه)[٣٣]، وفي منتصف عام (٢٠٠٣م) بعد سن القانون الأصلي بسنة واحدة، اقترح مشرعو هولندا التوسع في قتل الرحمة ليشمل الأطفال دون سن الثامنة عشر[٣٤]. وما زال الحوار قائماً حول الانتحار بمساعدة الطبيب وقتل الرحمة في أرجاء أخرى من أوروبا وبخاصة في أسبانيا وفرنسا، فقد أظهر استطلاع في فرنسا عام (٢٠٠٢م) أن (٨٨٪) يؤيدون أو يتقبلون قتل الرحمة[٣٥]. الانتحار المساعد محرم في بريطانيا، إلا أن المدعين العموم هناك أشاروا إلى أنهم أقل احتمالاً أن يدينوا شخصاً دفعته الشفقة كليةً وبلغ الشرطة بالانتحار، من شخص دفع له ليساعد على الانتحار، أي أنه كان يعمل بصفته ممتهناً للطب أو الرعاية الصحية، وقد صرح التمييز بينهما على أنه «الدعم الشفوق إزاء التشجيع الخبيث»[٣٦]، ويضيف اجتهاد الادعاء كهذا الغموض وقد يؤدي إلى تطبيق متناقض للقانون، وبغض النظر عن ذلك، فهو ينبئ بالتوجه نحو تسامح أكثر نحو المساعدة على الانتحار.

على كل؛ حامل لواء الموت المساعد هي هولندا حيث يمارس الانتحار بمساعدة الطبيب وقتل الرحمة منذ الثمانينات - رغم تحريمها آنذاك - وحيث يؤيد (٩٢٪) من السكان تلك الممارسات[٣٧]. قبل إجازتها في عام (١٩٩٣م) وجدت دراسة حكومية في عام (١٩٩٠م) أن (٢٪) من الوفيات كان نتيجة لقتل الرحمة والانتحار بمساعدة الطبيب[٣٨]، ووجد في (١٠٠٠) حالة أخرى أن حياة المريض قد أنهيت بدون طلب صريح حديث للموت[٣٩]، كما أظهرت البيانات أن الموت في عام (١٩٩٠م) قد عجل لعدد (١٦٨٥٠) مريض مات منهم (٨٧٥٠) بمنع أو سحب المعالجة عنهم ومات (٨١٠٠) بتناول أدوية تسكين الألم. تم الحصول على موافقة (٣١٠٠) مريض من (٨١٠٠) مريض في المجموعة الثانية، وبذلك يكون غالبية من المرضى الذين منعت عنهم أوسحبت منهم المعالجة أو من ماتوا من تناول أدوية تسكين الألم أي (٥٠٠٠) مريض لم يقبلوا أويوافقوا على ذلك[٤٠]. أظهرت البيانات من دراسة هولندية حكومية في عام (١٩٩٥م) حدوث (٣٦٠٠) وفاة من الانتحار المساعد وقتل الرحمة، صرح رسمياً أن من (٩٠٠) إلى (١٠٠٠) منها كانت غير إرادية، كما أعطي (٢٠٠٠) مريض آخرين جرعات كبيرة من مسكنات الألم بهدف إنهاء حياتهم، ولكن لم تصنَّف تلك الحالات على أنها

قتل رحمة[٤١]. توضح تلك البيانات أنه حتى بعد إجازة قتل الرحمة التطوعي والانتحار بمساعدة الطبيب استمر قتل الرحمة غير الإرادي، وهو ممارسةٌ قد تكون ساهمت في سن تنقيح جديد للقانون في عام (٢٠٠١م).

تم تطبيق تنقيح قانون عام (١٩٩٣م) الذي كان أول إجازة لقتل الرحمة التطوعي الفاعل والانتحار بمساعدة الطبيب في عام (٢٠٠٢م)[٤٢]، ووسع فئات الأشخاص الذين يمكنهم استخدام قتل الرحمة والانتحار بمساعدة الطبيب، ويتطلب من الأطباء الذين يوفرون تلك «الخدمات» توخي الحذر اللازم في إنهاء الحياة (قتل الرحمة) أو المساعدة على الانتحار، إذ بأداء تلك العمليات بطريقة ملائمة طبياً يمكن تعريف جرائم قتل الرحمة والانتحار المساعد قانونياً، على أنها معالجاتٌ طبية.

يسمح القانون بقتل الرحمة تحديداً للمرضى غير المؤهلين عقلياً، فبإمكان المرضى في سن السادسة عشرة أو أكبر إعداد تصريح كتابي مسبق يحوي طلباً بإنهاء حياتهم، والذي يمكن للطبيب أن ينفذه. كما أنه لا داعي أن يقترن التصريح المكتوب بحالة صحية محددة ويمكن أن يكون قد كتب منذ سنوات قبل تطبيقه، وعلى أساس آراء يمكن أن تكون قد تغيرت. وباستطاعة الطبيب أن ينفذ قتل الرحمة على أساس التصريح المكتوب من قبل[٤٣].

كما يسمح القانون كذلك لفئات أخرى من الأشخاص بطلب وتلقي قتل الرحمة أو الانتحار المساعد، منهم المراهقون (بدرجات متفاوتة من موافقة الأهل أو الوصي حسب عمر المريض) والمرضى الذين «يعتقد الطبيب أن معاناة ومقاساة المريض منهم دائمةٌ ولا تطاق»[٤٤].

يتطلب قانون (٢٠٠٢م) الهولندي من الأطباء الوفاء بمعايير معينة لكي يكون لديهم الحصانة من الملاحقة القضائية، ولا بد من مراعاة ما يلي:

- التطوعية – يجب أن يقتنع الطبيب أن المريض تقدم بطلب تطوعي مستمر وأنه فكر فيه ملياً لكي يموت.
- المعاناة – يجب أن يقتنع الطبيب أن معاناة المريض لا تطاق وأنه لا يوجد أمل في تحسن وضع المريض. (لا يشترط أن تكون معاناة المريض بدنيةً أو أن يكون مصاباً بعلة انتهائية)[٤٥].
- الاطلاع – أن يكون الطبيب قد أطلع المريض على حالته الطبية ومآلها.

- البدائـــل - يجـــب أن يكون الطبيب والمريض -معاً- مقتنعـــين بعدم وجود بديل معقول.
- الاستشـــارة - أن يكون الطبيب قد تشـــاور مع طبيب آخر على الأقل وله وجهة نظره المستقلة ويكون قد فحص المريض وأعطى رأيه مكتوباً حول معايير الرعاية اللازمة.
- الرعاية والعناية اللازمان - يجب أن يكون الطبيب قد ساعد المريض على الموت بكل الرعاية والعناية الطبية اللازمين[٤٦].

تشابه هذه المعايير قانون عام (١٩٩٣م)، إلا أن مراجعة الوفيات المساعدة في قانون عام (٢٠٠٢م) تختلف كثيراً.

تقـــوم لجنة مراجعة محلية لطلبات إنهاء الحياة والانتحار المســـاعد بجميع أعمال الإشـــراف والمراجعة، وتضم تلك اللجان أخصائياً قانونياً وطبيباً وخبيراً في القضايا الفلســـفية له خبرة خاصة بمقتضيات ومتطلبات الحياة الهادفة. والمهم أن قانون عام (٢٠٠٢م) يبدل عبء البرهان ومسؤولية الإثبات، فلم يعد الطبيب ملزماً بتبرير الحاجة إلـــى إنهاء الحياة، إذ علـــى المدعي العام أن يثبت أن إنهاء الحيـــاة لم يحقق متطلبات الرعايـــة اللازمة، ولا يعلم المدعون العموميون عن إنهاء حياة ما إلا إذا أرســـلت لجنة محلية المعلومات لهم. ولا يمنع القانون الأطباء من أداء قتل الرحمة لشخص غير مقيم في المنطقة[٤٧]. ويؤمل أن يظهر القانون إلى العلن، قتل الرحمة الذي كان في الســـابق مخفياً، ولم يبرز إلى الســـطح الهموم الجديدة حول «قتل الرحمة المخفي» إلا بعد عام من تطبيق قانون عام (٢٠٠٢م)، فتحدث التهدئة الانتهائية (terminal sedation) مثلاً عندما يعطي الأطباء للمرضى الذين يعانون من آلام مبرحة كميات من المورفين تكفي أيضـــاً لتعجيل الموت، ولأن قتل الرحمة يعرف بالإنهاء الفاعل للحياة بناءً على التماس فـــلا يبلغ عن تلك الجرعات المفرطة -ولا يجـــزم بأن الموت كان مقصوداً وبالتالي يعد موتاً طبيعياً[٤٨].

قد يجادل البعض بأن هولندا في واقع الأمر ســـوف تقوم «بإصدار تراخيص للقتل الاتفاقـــي (consensual) بأثر رجعي»[٤٩]، فإقرار قتل الرحمة الفاعل قانونياً لمجموعات مختلفـــة من «المرضى» (بدرجات متفاوتة من موافقة ذوي أو أوصياء بعض منهم) يعد تغيراً مهماً وينقل قتل الرحمة من الاستثنائي إلى طريقة مقبولة لمعالجة أوضاع صحية غيـــر الأمراض الخطيرة أو الانتهائية، وأصبحت الرعاية التلطيفية أحد ضحايا تاريخ

الانتحار بمساعدة الطبيب في هولندا وتخلّف هناك استخدام رعاية مأوى المرضى المحتضرين عن البلدان الأخرى[٥٠].

تبدو الجوانب التقنية للانتحار بمساعدة الطبيب بسيطة، إلا أن البيانات من هولندا تشير إلى حدوث المشكلات حتى بوجود الطبيب، وتشمل عدم تأثير الأدوية كما هو متوقع، ومشكلات تقنية، أو أعراض جانبية غير متوقعة، ففي (١٦٪) من الحالات التي حاول المرضى قتل أنفسهم فيها باستخدام عقاقير وصفها الطبيب لم تعمل الأدوية كما هو متوقع، إضافةً إلى ذلك حدث في (٧٪) من الحالات مشكلات تقنية، أو أعراض جانبية غير متوقعة، وشعر الأطباء الذين شهدوا محاولة الانتحار أنهم مجبرون على التدخل لضمان الموت في (١٨٪) من الحالات، وحتى عندما يؤدي الطبيب قتل الرحمة مباشرةً وجد الباحثون حدوث مضاعفات في (٣٪) من الحالات، وفي (٦٪) من المحاولات استغرق المرضى وقتاً أطول من المتوقع لوقوع الموت أو دخلوا -بسبب العقار- في غيبوبة كان يفترض أن تكون فتاكةً ولكنهم أفاقوا منها لاحقاً[٥١]. وبالتالي يبدو أن الانتحار المساعد أو قتل الرحمة لا يؤديان بالضرورة إلى الموت الهادئ الذي يعدان به، وأنه بإمكانهما بالفعل زيادة شقاء ومعاناة المريض. أما عدم التبليغ عن وجود مضاعفات في بيانات أوريغون فلا يشير إلى عدم وجودها فعلاً بل إلى عدم كفاية التبليغ والتقارير وضعف المتابعة.

من المحتمل أن قانون عام (١٩٩٣م) لم يحقق إلا الاعتراف بممارسات واقعة، فأصبح الواقع الفعلي قانونياً ليس إلا. ولكن أن تقر ديمقراطيةٌ أوروبيةٌ غربية بهذا التطور فذلك يثير قضايا وتساؤلات أخلاقية مهمة. إذ يبدو في الظاهر أن تطبيق قتل الرحمة الفاعل (active euthanasia) كان كطريقة لتعزيز تقرير المصير الفردي، إلا أن التجربة الهولندية تبين أنه ليس حصراً على الأشخاص الذين يطلبونه، فالسيناريو المستمر والمثير للقلق المتمثل في تطبيق قتل الرحمة الفاعل غير الإرادي على عدد كبير من الأشخاص يبرز ما يعرف بالمنزلق الخطير، وهو أن تقبل استثناء واحد يؤدي إلى تقبل استثناءات أخرى ويتم تقبلها بسهولة أكبر إلى أن يصبح تقبل الأمور الشاذة معتاداً.

يشير عدم اشتراط أن تكون معاناة المريض بدنية أو أن يكون مصاباً بعلة انتهائية (terminal) إلى بعد جديد مهم لقتل الرحمة الفاعل والانتحار المساعد؛ إذ يواجه الآن الأشخاص الذين ملوا من العيش -ويختارون إنهاء حياتهم، والأشخاص في مراحل مختلفة من الكبر والشيخوخة، والذين يعانون من عجز أو لديهم مشكلات صحية-

احتمـــال اضطرارهم إلى تبرير اســـتمرار بقائهم. إذا أخذنـــا في الاعتبار أن الأطباء الهولنديـــين كانوا -تاريخياً- على اســـتعداد لأداء قتل الرحمة الفاعل على أشـــخاص بدون موافقتهم، فإن الأشخاص المعرضين يخشون أن تنهى حياتهم رغماً عنهم[٥٢]، وقد دفعـــت تلك الخشـــية بالكثير من هؤلاء المعرضين - أي الأشـــخاص العاجزين أو كبار السن- إلى حمل بطاقات تحدد رغبتهم في البقاء على الحياة[٥٣].

تمارس منظمـــات الخدمات الصحية الهولندية قتل الرحمة أو الانتحار المســـاعد والانتحار بمســـاعدة الطبيب، أكثر مصادر بيانات السياسات المنظمية وأدلة الممارسة اقتباســـاً هو قانون وأدلة الممارســـة الوطنية الصادر عام (٢٠٠٢م) لقتل الرحمة. ولا يوجـــد لدى ربـــع منظمات الرعاية الصحيـــة الهولندية بيانات سياســـة لقتل الرحمة والانتحار المساعد، وأشار الأطباء أن أدلة الممارسة المكتوبة دعمتهم في صنع قراراتهم بعد أن يطلب المريض قتل الرحمة أو الانتحار المســـاعد[٥٤]. وفي مقتطف نموذجي من مرافق الرعاية الصحية لم يطلب قتل الرحمة أو الانتحار المساعد في نهاية الحياة إلا أقلية من المرضى، ولم يوافَق لأكثر من نصف الذين طلبوا ذلك[٥٥].

الانتحار والمنظمة: قضية إليزابيث بوفيا

فـــي أواخر عام (١٩٨٣م) بدأت قضيةٌ درامية في ولاية كاليفورنيا تبرز العديد من المفاهيم التي نوقشـــت في هذا الفصل. إليزابيث بوفيا فتاةٌ في السادســـة والعشرين من العمر ومصابةٌ بشلل دماغي، نوِّمت في مستشفى رفرسايد العام وهو مرفقٌ تملكه المقاطعة وطلبت من الموظفين مساعدتها في الصيام إلى أن تموت، وبما أنها تعجز عن الحركة تحتاج المســـاعدة في جميع النشاطات البدنية، وأرادت من المستشفى أن يوفر لها الرعاية التصححية (hygienic) والعقاقير اللازمة لتؤدي بها إلى الموت من الجوع بلا ألم. إلا أن أمراً قضائياً منع المستشـــفى من إخراجهـــا، ولضمان التغذية الكافية أدخـــل موظفو المستشـــفى أنبوباً - أنفي معـــدي رغماً - عنها على مـــا يبدو، وأكدت أنهـــا توصلت إلى قرار عقلاني مؤهل، وهو قرار جادل محاميها أن الحق الدســـتوري للخصوصية وتقرير المصير يحميه، وأكد أهليتها العقلية عدد من الأطباء النفسيين.

تفـــرض كاليفورنيا عقوبات جنائية ضد مســـاعدة وتمكين الانتحار، وبعد جلســـة لتداول إمكانية إرغام المستشـــفى على مســـاعدة بوفيا فـــي الانتحار حكمت المحكمة أنـــه «رغم حقها في الانتحار، والذي لا يخالف القانون في كاليفورنيا، لا تســـتطيع أن تطلب من المجتمع -ممثلاً في موظفي المستشـــفى مســـاعدتها- لأنها لا تشكو من علة

انتهائيــة»[٥٦]، فقد ميزت المحكمة بين بوفيــا والذين يعانون من علة انتهائية. وفي عام (١٩٨٤م) رفضت المحكمة العليا في كاليفورنيا النظر في استئناف تقدمت به [٥٧].

ســمح ذلك الحكم للمستشــفى بتغذيتها رغمــاً عنها، ثم أخرجت من مستشــفى رفرسايد في أبريل (١٩٨٤م) ونومت في المستشفى في مدينة تيوانا بالمكسيك[٥٨]، ويذكر أنها عدلت عن طلبها الموت وستعود إلى الولايات المتحدة للعلاج. ويؤكد محاميها أنها ما زالت ترغب في الموت رغم أنها قبلت الرعاية في مكان ما في كاليفورنيا شــريطة ألا تتوقف عن الطعام[٥٩].

بعد مضي عام في المرفق الجديد وإقامة لاحقة لعدة أشــهر في مستشفى للرعاية الحادة، حيث ركِّب لها مضخة مورفين لتسكين الألم، نوِّمت بوفيا في مستشفى كاونتي هاي ديزرت في لوس آنجلس في أواخر عام (١٩٨٥م). وكما هو الحال في مستشفى رفرســايد ورغماً عنها، أدخل الموظفون أنبوب تغذية مســتديم، وأسفرت جهود بوفيا القضائيــة أول الأمر عن رفض المحكمة الأمــر بإيقاف التغذية الإرغامية، إلا أنه عند الاستئناف أعيدت القضية مع التعليمات بالنظر في طلبها مجدداً، وعلى إثر ذلك أوقفت التغذية وأخرجت بوفيا من المستشــفى. وقال محاميها أنها «وعدت بالاســتمرار في تناول وجباتها السائلة، وأعلم أنها ترحب بالموت ولكنها صرفت النظر عن الانتحار»[٦٠]. وفــي مايو(١٩٨٦م) نومــت بوفيا في مركز جامعة جنــوب كاليفورنيا الطبي بمقاطعة لــوس آنجلس حيث عولجــت من الألم المزمن[٦١]. وفي يونيــو (١٩٨٦م) أكدت محكمة كاليفورنيا العليــا حكم محكمة أولية بتركها تموت برفض إطعامها رغماً عنها (وكانت آنذاك تتناول غذاءً سائلاً) وجادل المستشفى أن إزالة الأنبوب هو مصادقة رسمية على الانتحار[٦٢]. أعلن في عام (٢٠٠٥م) أن إليزابيث بوفيا مازالت على قيد الحياة[٦٣]، ومنذ ذلك الحين تجنبت العلنية والظهور الإعلامي.

القضايا الأخلاقية والاعتبارات القانونية:

بالإضافة إلى إبراز مشــكلات الأوضاع التي لا تشــمل علةً انتهائية، تصور قضية بوفيا الصراع بين الفلسفة المنظمية (وهنا بتبرير أخلاقي وقانوني) واستقلالية المريض، ولم تكن مشــكلة بوفيا أن منظمة الخدمات الصحية التي عالجتها رفضت إخراجها، بل كان مــن الصعب وجود مرفق يقبل تنويمها. وأصرت المنظمات التي قبلت تنويمها على عمل كل ما باســتطاعتها للحفاظ على حالتها البدنية أو تحســينها؛ ولذلك تمت تغذيتها رغماً عنها. وقد تناول عدد من محاكم الولاية تلك القضية بالتحديد، وهناك

عدة ولايات تسمح قوانينها بمنع أو إيقاف التغذية بالأنبوب ولكن العديد من الولايات أيضاً يحظر ذلك في ظروف معينة[٦٤].

تشير قضية بوفيا إلى الحدود الأخلاقية والقانونية لما يمكن للمرضى طلبه من منظمات الخدمات الصحية، فكما بينت بوفيا يحدد القانون ما يمكن للمنظمة ومديريها عمله والالتزام بطاعة القانون هو أدنى ما يمكن عمله، وتحدد الأخلاقيات المنعكسة في فلسفة المنظمة مدى استخدامها لمعيار أعلى من ذلك. يختلف القانون في الولايات الأخرى (كنيويورك ونيوجيرسي) ويعزز هذا الاختلاف حاجة المنظمة لمعرفة قانون الولاية والأهم من ذلك تناول تلك القضايا ومعالجتها استباقياً قبل حدوثها.

إن اكتسبت المساعدة على الانتحار تقبلاً اجتماعياً واسعاً وأصبحت قانونيةً في ولايات أكثر، فعلى منظمات الخدمات الصحية تناول القضايا الأخلاقية التي يثيرها ذلك. لدى دور رعاية المسنين ومأوي المحتضرين ومستشفيات الرعاية الحادة مرضى يعانون من أمراض عصبية تنكسية وأولئك الذين يعانون من علل انتهائية أو في حالة إنباتية مستديمة. من الأرجح أن تتاح حماية «مادة الضمير» (conscience clause) لمقدمي الرعاية الذين يجدون أن المساعدة على الانتحار منفرة أخلاقياً، إضافةً إلى أن قوانين فيدرالية مختلفة تحمي الذين يرفضون الخدمات الطبية التي لا يجدون أنها مقبولة أخلاقياً[٦٥]، وهو ما يعزز حاجة منظمات الخدمات الصحية لمعالجة قضايا مثل رعاية نهاية الحياة في بيانات قيم تلك المنظمات، إذ يضفي الموقف الثابت المستمر المصرح بوضوح المصداقية لموقف المنظمة. ومن الأرجح أن تأخذ بيانات قيم معظم المنظمات حقوق المرضى وتوقعاتهم المعقولة في الحسبان.

قد يكون أهم سبب لرفض منظمات الخدمات الصحية التقليدية تقديم المساعدة على الانتحار هو أن أفراد المجتمع قد لا يجدون توافقاً في أن مقدمي الرعاية -الذين يثقون فيهم لمساعدتهم على استعادة صحتهم وتعزيزها- هم أنفسهم يساعدون أيضاً على الانتحار، فقد يرتاب الجمهور في مقدمي الرعاية لأن الدور الذي يقومون به ليس واضحاً تماماً طوال الوقت، مما يشير إلى إمكانية تأسيس مرافق متخصصة - مثل المماتات (أمكنة للمحتضرين) التي اقترحها كيفوركيان، بل أيضاً المتاجرة بالمساعدة على الانتحار.

قضايا تتعلق بمديري الخدمات الصحية:

تظهر استطلاعات الرأي العام في الولايات المتحدة استمرار مستوى مرتفع ومتزايد من الدعم لإجازة وتنظيم الانتحار بمساعدة الطبيب، وبينت الاستطلاعات

التي أجريت قبل إدانة جاك كيفوركيان وبعدها ارتفاع دعم المجتمع للانتحار بمساعدة الطبيب من (٧٠٪) إلى (٧٥٪)[٦٦]. في عام (٢٠٠٧م) رأى (٥٣٪) من الأمريكيين الذين تم استفتاؤهم أنه ما كان يجب سجن كيفوركيان، واعتقد أكثر من ثلثيهم أن هناك ظروفاً يجب السماح فيها للمريض بالموت[٦٧].

كما أشرنا، هناك اختلافاتٌ بين توفير الرعاية التلطيفية وتسكين الألم لتسهيل الموت بكرامة وبدون ألم وتعجيل الموت من خلال تدخلات فاعلة. لم تحدث استخدامات كيفوركيان للانتحار بمساعدة الطبيب في منظمات الخدمات الصحية، بل لم يكن باستطاعة منظمة منها مساعدته قانونياً، ولا حتى في ظل قانون أوريغون، إذ إن المساعدة التي توفر في أوريغون هي مجرد أن يكتب الطبيب الوصفة. كما كان «مرضى» كيفوركيان قادرين على السير والحركة فما كانوا مثلاً في مرافق تمريضية تخصصية أو مستشفيات عندما بدرت تساؤلات المساعدة على الموت، وساعدهم على الموت بطرق مختلفة وفي بيئات شملت غرفةً في نزل وشاحنةً صغيرة.

على كل حال، يجب أن تشجع استطلاعات الرأي المذكورة أعلاه منظمات الخدمات الصحية كثيراً على استباق تناول موضوع الانتحار المساعد، وفي هذا الصدد المديرون هم المصدر الحيوي، إذ يؤدي المديرون - بصفتهم وكلاء أخلاقيين وضمير المنظمة - دوراً مهماً في تحديد وتعزيز وتعديل قيم المنظمة. ولكي يصبحوا فعالين في تلك النشاطات يجب أن تكون أخلاقياتهم الشخصية محددةً واضحة، وأن تتوافق مع قيم المنظمة وأن يدركوا تماماً تطبيقها في قرارات الإدارة الإستراتيجية والتكتيكية، ولا يمكن المغالاة في أهمية دور المدير في خلق بيئة المنظمة الأخلاقية من خلال المبادرة وضرب مثال يحتذى به.

اقتصاديات الانتحار بمساعدة الطبيب:

تشير التطورات التي حدثت في أوريغون إلى أن وسطاء تمويل الرعاية الصحية (بين مقدم الرعاية ومتلقيها) (third-party payers) ومنظمات الرعاية المدارة (managed care) سوف يقومون بتوفير المساعدة في الانتحار تحت التغطية التأمينية فور إجازته قانونياً، بل قد يستحثون سن تلك القوانين. إلا أن التغطية التأمينية للانتحار بمساعدة الطبيب تثير قضايا شائكة تتعلق بازدواجية المصالح، فقد يضيف التوفير الناتج من الموت المبكر فوائد اقتصادية للمؤسسات التأمينية بغض النظر عن تخفيف مشقة المشترك في التأمين ورفع المعاناة عنه.

تقليديـاً، مال الأطباء -الذيـن ناصروا مرضاهم ولم تكـن عليهم ضغوطٌ لضبط التكاليف، أو وضع أولويـات للخدمات- إلى موازنة جهود النظام للحد من الخدمات، ولكـن العلاقات التقليدية في القطاع الخاص أخذت تتغير، وسـوف يبرز هذا التغير قضايا المساعدة على الموت وخاصةً مع انتشار الاتفاقيات التي تربط الأطباء والمنظمات؛ وبالأخص المستشفيات اقتصادياً. وشبكات الأطباء والتحالفات هي التسلسل المنطقي وقد بدأ القطاع الخاص في تأسيسها.

تثير الوحدانية السيكولوجية أو الاقتصادية والتطابق بين الطبيب والمنظمة قضايا أخلاقيـة جذريـة بما في ذلك خطر تضـاؤل التركيز على مصلحـة المريض. تكافئ الحوافز الاقتصادية في الطب التقليدي الخاص - حيث تدفع الرسوم مقابل الخدمة- الرعايـة المفرطة، وتتحصر مصلحة الطبيـب والمنظمة -في قتل الرحمة التطوعي أو غير الإرادي- في النفعية أوالأمل بالمنفعة من استمرارية الخدمة، وسوف تغير الطرق الجديدة للدفع والتدابير المنظمية حوافز منظمات الخدمات الصحية، حتى مع تقلص قدراتها على تغطية تكاليف الخدمات. منذ بداية الثمانينات اتبعت المستشفيات نوعاً من الرسـوم على الفرد (capitation)، وكانت الدوافع لاسـتخدام أسلوب المجموعات المرتبطة تشـخيصياً (DRG) لمدفوعات المستشـفيات الذي انتهجته مديكير ومديكيد الحد من الخدمات المقدمة، كما أصبح أسـلوب انزياح التكاليف صعب الاستخدام في منظمات الخدمات الصحيـة، وبالتالي عليها إما أن تخفض التكاليف من خلال زيادة الإنتاجيـة (أي تحقيق نفس النتائج باسـتخدام موارد أقل) أو تغيير محتوى ومضمون الرعاية.

تحفز برامج دفع مبالغ مقطوعة مثل الرسـوم علـى الفرد أو المجموعات المرتبطة تشـخيصياً (DRG) على تقليص مجال وعدد الخدمات وخاصةً المكلفة منها، وبما أن الحوافـز تؤدي إلـى تضارب المصالح المتأصل بين توفيـر الخدمات التي في مصلحة المريض والالتزام بحد مالي ثابت. والمضامين مماثلة للتأمين الخاص والحكومة، رغم أنه من الأرجح أن تسـتخدم الحكومة تلطيفات لفظية مثل "جودة الحياة" ويرجح أن تركز شركات التأمين صراحةً على التكاليف، إلا أن القضية مماثلة لكليهما وهي كيف يمكـن ضبط التكاليف؟ ومن الأرجـح أن توقَف بعض الخدمـات (وبخاصة المكلفة)، وسـوف تسحب الخدمات من الأشـخاص الذين يُقرر أن جودة حياتهم متدنية، أو أن مـآل حالتهم سـيئ (حالات الرعايـة المهدورة). هنا حقيقة أن المـوت المبكر هو قمة خفض التكاليف قد توفر بديلاً اقتصادياً جذاباً، وتمكن (معرفة وجود هذه الازدواجية

في المصالـــح) المدير من مراقبة بيانات الاســـتخدام لتقليص احتمـــال إلحاق الضرر بالمرضى. قد لا تتخذ النظم التي تستخدم فيها الرسوم الفردية أو الميزانيات الشاملة في الولايات المتحدة خطوات إيجابيةً لإنهاء الحياة، ولكنها قد ترفض أنواعاً معينة من الرعاية لأنها غير اقتصادية، أو أن تأثيرها في تحسين جودة الحياة محدودٌ جداً، وفي تلك الحالات تفيد قائمة أولويات الخدمات لمستفيدي نظام مديكيد في ولاية أوريغون التي نناقشها في الفصل الثالث عشر.

الخلاصة:

غالباً؛ يوجد في المستشــفيات أو مرافق رعاية المســنين مرضـــى في حالة إنباتية مستديمة، أو طريحي الفراش، أومصابين بعلة انتهائية، أو أن حالتهم لا تسمح بتحويلهم، فما هي حقوقهم مقارنةً بحقوق المنظمة؟ أهمية فلســفة منظمية تضم عنصراً خاصاً للمســاعدة على المــوت واضحةٌ وجلية، ومن الناحيتــين القانونية والأخلاقية لا يمكن إرغام المنظمة على التنازل عن قيمها.

قد تســاعد المقارنات الدولية على اســتقراء تطور قضايا الانتحار المساعد وقتل الرحمــة فــي الولايات المتحــدة، إذ تبين التجربــة الهولندية بوضوح أن ثلاثين ســنةً مــن الحوار أدت إلى منزلق خطيــر، فقد أصبحت القوانين المنظمة للمســاعدة على الانتحار وقتل الرحمة أقل شدة وحزماً وأكثر شمولية في تطبيقها. لم يشمل الانتحار بمســاعدة الطبيب -والذي تم أداؤه خارج إطار القانون في ميشــيغان وبصفة قانونية فــي أوريغون- منظمات الخدمات الصحية، إلا أنه يبدو أن شــمولها هو مجرد خطوة صغيرة. وكما أشرنا، تشارك منظمات الخدمات الصحية في هولندا في قتل الرحمة والانتحار بمساعدة الطبيب، وقد أثير هذا الموضوع في بلجيكا عند مناقشة قانون قتل الرحمة فيهــا[٦٨]، وإذا أخذنا في الاعتبار تآكل وتضاؤل الاحتياطات التي تحمي أولئك الذيــن يعد مقدمو الرعاية جودة حياتهم متدنية ســوف تضطــر منظمات الخدمات الصحية إلى المشاركة.

قضايا للأطباء:

القضية الرئيســية للعديد من الأطباء هي أن مهنتهم بدأت تنقلب رأساً على عقب، فقــد كان الأطباء تقليدياً حماة الحياة، والآن قد يطلب منهم المســاعدة في التســبب بالمــوت. وإن أصبح بإمكان الأطباء تطبيق قتل الرحمة قانونياً على مرضاهم ســوف

تنتهي الثقة التي هي أساس علاقة الطبيب بالمريض، وسوف يخشى المسنون والعاجزون وآخـــرون – ممن يُعتقد أن جـــودة حياتهم متدنية – أن يعجـــل الطبيب بموتهم عوضاً عن مســـاعدتهم على الحياة. ولإثبات الادعاء بـــأن الأطباء والممرضات –كغيرهم من الناس– قد يتعودون على ما هو في حقيقة الأمر جريمة القتل، ما على المرء إلا قراءة التقارير الإعلامية التي تعد قتل المرضى ممارســـةً عاديةً شائعة[٦٩]. إن قضية الدكتور هارولد شـــيبمان الاستثنائية مرعبةٌ حقا، فقد كان شيبمان طبيباً عاماً في مانتشستر وأصبح أكبر قاتل متسلسل في إنجلترا. في بداية حياته المهنية تلقى شيبمان علاجات نفسية ودوائية بعد موت أول ضحاياه، وبعد ذلك قتل ما لا يقل عن (٢١٥) من مرضاه خلال حياة مهنية طبية دامت (٢٤) ســـنةً، ومن الأسباب الممكنة لفعله: تخفيف العبء علـــى الخدمات الصحية الوطنية (وهي نظام إنجلترا الصحي الحكومي)، والرغبة في التحكم في أرواح الناس. ومما يثير القلق والجزع أن شـــيبمان تمكن من التملص من اكتشـــاف أمره طوال هذه المدة لأنه أصدر شهادات وفاة تعزو أسباب موت مرضاه إلى أسباب طبيعية[٧٠].

شـــجب الطـــب المنظم في الولايات المتحدة بشـــدة المقترحات والطـــروح بأن يوفر الأطباء المســـاعدة على الموت، إلا أن ذلك الشـــجب قد يبالغ في معارضة الأطباء فهم على اســـتعداد لتوفير المســـاعدة على الموت أكثر مما يســـمح به التقليد الأبوقراطي، فقد وجد اســـتفتاءٌ وطني أجري في أواخر التسعينات – حينما كانت مساعدة الاطباء في الانتحار غير قانونية في جميع الولايات المتحدة أن (٦٪) من الأطباء المســـتجيبين الذيـــن يرعون المرضى المحتضرين بانتظام قد أعطوا حقنةً فتاكةً واحدة على الأقل أو كتبوا وصفةً تمكن مرضاهم من قتل أنفسهم، كما وجد الاستفتاء أيضاً أن ثلث الأطباء مســـتعدون لكتابة وصفات بجرعات قاتلة وأن ربع الأطباء على استعداد لإعطاء حقن فتاكة لو كانت تلك الأفعال غير قانونية[٧١]، وكذلك في عام (١٩٩٥م) أشـــار (١٢٪) من الأطباء المستجيبين في ولاية واشنطن أنهم تلقوا طلباً صريحاً أو أكثر من المرضى لأداء الانتحار بمســـاعدة الطبيب، وتلقى (٤٪) طلبـــاً أو أكثر بأداء قتل الرحمة[٧٢]. ووجدت اســـتفتاءات الولايات من منتصف التســـعينات أن غالبية الأطباء في ميشيغان (ولاية د.جاك كيفوركيان) وفي أوريغون يؤيدون إجازة الانتحار المساعد مع أن غالبيةً لا بأس بها (٣١٪) في أوريغون اعترضت على إجازته على أســـاس أخلاقي[٧٣]. وجد اســـتفتاء عام (٢٠٠٧م) للأطباء في ولاية واشـــنطن أن (٥٠٪) أجاز الانتحار بمساعدة الطبيب مشابهاً لما في أوريغون فيما عارضه (٤٢٪)[٧٤]. وكان الأطباء في ولاية فيرمونت الذين

يرعــون مرضى بعلل انتهائية أقل ميلاً لدعم إجازة الانتحار بمســاعدة الطبيب، ربما لأنهم أكثر خبرة بالرعاية التلطيفية[٧٥].

تســاعد البيانات من استفتاء لأطباء أوريغون الذين لا يعارضون الانتحار بمساعدة الطبيب على تفســير قلقهم تجاه المساعدة على الانتحار، فقد خشي نصفهم أن تفشل المحاولة وتســبب ضرراً، ولم يثق نصفهم بدقة تنبئه للمريض بالعيش لســتة أشــهر، ونصفهم لم يكن متأكداً من العقار الذي يجب وصفه، وخشــي الثلث أن يتناول العقار شــخصٌ غير المريض الذي وصف لــه، ولم يثق الثلث في قدرتهــم على التعرف على الاكتئاب، والبعض الآخر لم يشأ أن يعرف بأنه «طبيب انتحار»[٧٦].

تعزز نتائج من أوائل التســعينات - بــأن (١١٪) من الأطباء الهولنديين أفادوا أنهم لن يشــاركوا في قتل الرحمة أو الانتحار المساعد[٧٧]، إذ إنه مع التطورات القانونية في هولندا -والتأييد الشــعبي الكبير- تتأقلم الممارســة الطبية والرأي العام مع الانتحار بمســاعدة الطبيب وقتل الرحمة ويتناقص تدريجياً عــدد الأطباء الذين يمانعون في توفير المساعدة على الموت.

تثير قضية المســاعدة علــى الموت قضايا أخلاقيةً مهمة وتفــرض تمحيصاً دقيقاً لعلاقة الطبيب بالمريض. حتى هذه الساعة لا يمكن أن يُفرض على الأطباء أداء إجراء يعارضونه أخلاقياً، ويجب أن نحكِّم تراث مجتمعنا المتجسد في الأهمية البالغة للضمير الشــخصي في مثل هذه الأمور. وربما يتم الاعتراف بالثاناتولوجيا، (thanatology) وهي علم ودراسة الموت كتخصص طبي جديد.

الخاتمة:

كما هو مطروح الآن، يركز الحوار في قرارات نهاية الحياة على الحقوق الســلبية، فالخلاص من الخدمات الصحية غير المرغوبة هو حقٌّ أخلاقيٌّ وقانوني سلبي متأصلٌ في حق الخلاص من التدخل غيرالمرغوب، وبعبارة أدق هذه هي الاســتقلالية. الاهتمام المســتمر لمضامين التقنية باســتقلالية المرضى ومبدأ عدم الإضرار ضروريان إذا كان للمنظمة أن تحقق رسالتها في سياق فلسفتها.

من الجدير بالذكر أنه لا يوجد -بين جميع القوانين التي تسمح للطبيب بالمساعدة على الانتحار- ما يؤكد حق المريض الإيجابي بتلقي المساعدة على الانتحار، وحتى هذه

اللحظة لا يمكن إرغام الأطباء على توفير المســاعدة على الانتحار، ومن المؤكد أنه لو تنامى تقبُّل المســاعدة على الانتحار وقتل الرحمة الفاعل فإن عدد الأطباء الذين هم على اســتعداد لأداء تلك الأفعال ســيتزايد. بل سيتزايد ويشيع تجريد مقدم الرعاية والمريض من إنســانيتهما، وتغلغل البشر المعنيين ســيجعل تلك الأفعال أمراً مألوفاً بل محموداً.

تخفـض إزاحة الصبغة الطبية عن المســاعدة على الانتحار المشـكلات الأخلاقية للأطباء ولكنها تثير قضايا أخلاقيةً للمجتمع عامة، فالقانون الألماني على سبيل المثال، يحرم على الأطباء المســاعدة على الانتحار، ولكن لا يعد الانتحار ولا المســاعدة على انتحار أشــخاص قادرين على الســيطرة على أفعالهم- وصنعوا بحرية خياراً مسؤولاً للإقــدام على الانتحار-غير قانونيين، فقد تطورت في ألمانيا آراء فريدة حول الانتحار والمساعدة عليه ومن هيئات تلك الآراء وأشكالها تم تطوير جمعيات تهدف إلى مساعدة أعضائها على الانتحار[٧٨].

تضمن الحوافز الناتجة عن تقييد التكاليف وتزايد التداخل والتشــابك النفســي والاقتصادي لمصالح الأطباء والمنظمات - ســواءً كان تحت إصلاح الرعاية الصحية أم لا - إعادة تقييم المساعدة على الموت. يجب الاجابة على تساؤلات عدة مثل: هل يجب على الأطباء تحقيق مطالب مرضاهم في المساعدة على الموت من خلال وسائل فاعلة؟ هــل من المعقــول (أو الحكمة) أن نطلب من الملتزمين بالحفــاظ على الحياة وإطالتها أن يصبحــوا خبراء في الموت؟ هل للمرضى الذين لا يســتطيعون المشــاركة بدنياً في الانتحار المساعد حقٌ قانوني (أو أخلاقي) في قتل الرحمة التطوعي الفاعل؟ وبالنسبة لمديري الخدمات الصحية، هل للمنظمة دور في المساعدة على الموت بغض النظر عن كيفية حســم الجدل القائــم؟ من المحتمل أن تعرِّف المحاكم والمشــرعون الانتحار كما عرَّفوا الإجهاض من قبله على أنه قضية خصوصية، فإن كان ذلك، ســترغَم منظمات الخدمات الصحية ومديروها على تناول الانتحار المســاعد فقط من منظور مضامينه الأخلاقية، وعلى أقل تقدير، فإن مديري منظمات الخدمات الصحية ملزمون أخلاقياً بضمان ألا يصبح الحق بالموت واجباً في منظماتهم.

الهوامش:

1. Baxter v. Montana, 224 P.3d 1211 (Mont. 2009).

2. Death with Dignity National Center. (2010). Death with dignity around the U.S. Retrieved March 23, 2010, from http://www.deathwithdignity.org/200916/06// death-dignity-around-us/.

3. ProCon.org. (2010, January 1). Assisted suicide laws by state. Retrieved December 13, 2010, from http://euthanasia.procon.org/view.resource.php?resource ID=000132.

4. Henry Weinstein. (1996, March 7). Appeals court in West strikes down prohibition against doctor-aided suicides. Washington Post, p. A5.

5. Joan Biskupic. (1996, April 3). U.S. appeals court overturns New York assistedsuicide ban. Washington Post, p. A1.

6. 521 U.S. 702 (1997).

7. 521 U.S. 793 (1997).

8. 522 U.S. 927, certiorari denied (1997).

9. Joan Biskupic. (1997, October 15). Oregon's assisted-suicide law lives on. Washington Post, p. A3

10. Victor Cohn. (1990, June 12). An assisted suicide: Is it the first step toward euthanasia? Washington Post.

11. Nancy Gibbs. (1990, June 18). Dr. Death's suicide machine. Time, pp. 69–70.

12. Public Broadcasting Service. (1996, May). Chronology of Dr. Jack Kevorkian's life and assisted suicide campaign. Retrieved November 4, 2003, from http://www .pbs. org/wgbh/pages/frontline/kevorkian/chronology.html.

13. Monica Davey. (2007, June 4). Kevorkian speaks after his release from prison. New York Times. Retrieved March 28, 2011, from http://www.nytimes .com/200704/06// us/04kevorkian.html.

14. Ibid.

15. Howard Brody. (2001, January/February). Assisted suicide for those not terminally ill. Hastings Center Report 31(1), p. 7.

16. Yale Kamisar argued that assisted suicide is unconstitutional. See Yale Kamisar. (1993, May/June). Are laws against assisted suicide unconstitutional? Hastings Center Report 23(3), pp. 32–41.

17. Robert A. Sedler argued that assisted suicide is constitutional. See Robert A. Sedler. (1993, September/October). The Constitution and hastening inevitable death. Hastings Center Report 23(5), pp. 20–25.

18. Frank J. Murray. (1995, April 25). High court won't touch Michigan suicide aid ban. Washington Times, p. Al.

19. Oregon Department of Human Services. (n.d.) The Oregon Death with Dignity Act: Oregon revised statutes. Retrieved March 26, 2011, from http://public.health.oregon.gov/ProviderPartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDig nityAct/Documents/statute.pdf.

20. Ibid.

21. Charles H. Baron. (1999, July). Assisted dying. Trial 35(7), pp. 44, 46, 48–49.

22. Melinda A. Lee & Susan W. Tolle. (1996, January 15). Oregon's assisted suicide vote: The silver lining. Annals of Internal Medicine 124(2), pp. 267–269.

23. William Booth. (1998, March 26). Woman commits doctor-assisted suicide. Washington Post, p. A7.

24. Oregon health plans proceed with caution on suicide coverage. (1998, March 16). AHA News 34(10), p. 5.

25. Assisted-suicide coverage could be expanded. (1998, November 2). AHA News 34(43), p. 6.

26. Oregon Public Health Division. (n.d.) Oregon's Death with Dignity Act—2010. Retrieved March 27, 2011, from http://public.health.oregon.gov/Provider-PartnerResources/EvaluationResearch/DeathwithDignityAct/Documents/ year13.pdf.

27. Ibid. Even health services organizations treating the terminally ill are reluctant to participate in PAS. Oregon data show that "no hospice is willing to assist in all phases of the physician-assisted death process." Courtney S. Campbell & Jessica C. Cox. (2010, September/October). Hospice and physician-assisted death: Collaboration, compliance, and complicity. Hastings Center Report 40(5), pp. 26–35.

28. Oregon Public Health Division.

29. Baron.

30. Oregon Department of Human Services, 2003; Linda Ganzini, Heidi Nelson, Melinda Lee, Dale F. Kraemer, Terri A. Schmidt, & Molly A. Delorit. (2001, May 9). Oregon physicians' attitudes about and experiences with end-of-life care since passage of the Oregon Death with Dignity Act. Journal of the American Medical Association 285(18), pp. 2363–2369.

31. Oregon Department of Human Services, 2009.

32. Alison Langley. (2003, February 4). "Suicide tourists" go to the Swiss for help in dying. New York Times, p. A3.

33. Derek Humphry. (2003, March 9). A twentieth century chronology of voluntary euthanasia and physician-assisted suicide. Euthanasia Research & Guidance Organization. Retrieved January 1, 2004, from http://www.finalexit.org/chron frame. html.

34. WorldNetDaily. (2003, June 21). Belgian lawmakers propose euthanasia for children. Retrieved November 17, 2003, from http://worldnetdaily.com/news/ article. asp?ARTICLE_ID=33199.

35. Delphine Soulas. (2003, October 27). Euthanasia debate renewed: Mercy killing of Frenchman forces society to re-examine right to die. Washington Times, p. A14.

36. Karla Adam. (2010, February 26). Britain clarifies assisted-suicide law. Washington Post, p. A14.

37. Charles Truehart. (1999, August 15). Holland prepares bill legalizing euthanasia. Washington Post, p. A19.

38. Marlise Simons. (1993, February 10). Dutch parliament approves law permitting euthanasia. New York Times, p. A10.

39. Ibid.

40. John Keown. (1991, November 5). Dutch slide down euthanasia's slippery slope. Wall Street Journal, p. A18.

41. Herbert Hendin. (2003, July/August). The practice of euthanasia. Hastings Center Report 33(4), pp. 44–45.

42. International Task Force on Euthanasia and Assisted Suicide. (2003, November 4). Holland's euthanasia law. Retrieved December 5, 2003, from http://www .internationaltaskforce.org/hollaw.htm.

43. Ibid.

44. Ibid. Children as young as 16 may request termination of life in writing, which the physician can legally administer without parental or guardian approval (although they must be involved in the decision process); children as young as 12 may request and receive euthanasia or assisted suicide (with agreement of parents or guardians).

45. Ibid.

46. Joris Vos, Ambassador, Embassy of the Netherlands. (2001, May 3). The Netherlands' euthanasia law explained [Letter to the editor]. Washington Times, p. A18.

47. Ibid.

48. Keith B. Richburg. (2004, January 4). Death with dignity, or door to abuse? Washington Post, p. A1.

49. James Meek. (1999, November 21). Dutch wrestle with morality of mercy killings: Parliament is expected to legalize euthanasia, doctor-assisted suicide. Washington Times, p. C12.

50. Herbert Hendin, Chris Rutenfrans, & Zbigniew Zylicz. (1997, June 4). Physician-assisted suicide and euthanasia in the Netherlands. Journal of the American Medical Association 227, pp. 1720–1722.

51. Assisted suicide takes a hit. (2000, February 24). Washington Times, p. A7.

52. Jenny Nolan. (2001). Dutch legalize euthanasia and assisted suicide. Retrieved November 14, 2003, from http://www.nrlc.org/news/2001/NRL05/dutch.html.

53. Anne Allen. (2001, April 15). Euthanasia is threat to our freedom. Express on Sunday, p. 1.

54. Berniek A.M. Hesselink, H. Roeline W. Pasman, Gerrit van der Wal, Paul J. van der Maas, Agnes van der Heide, & Bregje D. Onwuteaka-Philipsen. (2010, March). Development and dissemination of institutional practice guidelines on medical end-of-life decisions in Dutch health care institutions. Health Policy 94(3), pp. 230–238.

55. Bregje D. Onwuteaka-Philipsen, Mette L. Rurup, H. Roeline W. Pasman, & Agnes van der Heide. (2010, July). The last phase of life: Who requests and who receives euthanasia or physician-assisted suicide? Medical Care 48(7), pp. 596–603.

56. Jay Matthews. (1983, December 17). Judge rejects palsy victim's bid to starve. Washington Post, p. A3.

57. California Supreme Court rejects appeal by Bouvia to starve. (1984, January 20). Washington Post, p. A15.

58. Patient repeatedly calls off her effort to starve to death. (1985, April 24). New York Times, p. B15.

59. The latest word. (1985, August). Hastings Center Report 15(4), p. 36.

60. Doctors stop force-feeding of quadriplegic who sued. (1986, April 18). Washington Post, p. A12.

61. Bouvia moves to another CA hospital. (1986, May 30). Hospital Week, pp. 21–23.

62. Right to refuse forced feeding upheld in court. (1986, June 6). Washington Post, p. A8.

63. Matt Schudel. (2005, April 23). GWU prodigy, doctor Habeeb Bacchus dies. Washington Post. Retrieved December 30, 2010, from http://www.washington post. com/wp-dyn/content/article/200522/04//AR2005042201478.html.

64. Tinker Ready. (1989, December 18). Medical groups back plaintiffs in rightto- die case. Healthweek, 6–8.

65. Ishmeal Bradley. (2009, May 28). Conscientious objection to medicine: A moral dilemma. Clinical Correlations. Retrieved December 16, 2010, from http://www .clinicalcorrelations.org/?p=1454.

66. Baron.

67. Americans still split on doctor-assisted suicide: Most believe in patient's right to die, but not doctor's role, AP poll shows. (2007, May 29). Associated Press. Retrieved March 3, 2011, from http://www.msnbc.msn.com/id/18923323/ns/ health-health_care/#.

68. Elizabeth Bryant. (2001, August 13). Belgian left pushes vote on euthanasia law. Washington Times, A12.

69. Maggie Gallagher. (2001, April 14). Dutch death. Washington Times, A10.

70. Batty, David. (2003, July 15). Q&A: Harold Shipman. Guardian. Retrieved December 5, 2003, from http://www.guardian.co.uk/society/2005/aug/25/health .shipman.

71. Daniel Q. Haney. (1998, April 23). 6 percent of physicians in survey say they have assisted in patient suicides. Washington Post, p. A9.

72. Anthony L. Back, Jeffrey I. Wallace, Helene E. Starks, & Robert A. Pearlman. (1996, March 27). Physician-assisted suicide and euthanasia in Washington State: Patient requests and physician responses. Journal of the American Medical Association 275(12), pp. 919–925.

73. Jerald G. Bachman, Kirsten H. Alcser, David J. Doukas, Richard L. Lichtenstein, Amy D. Coming, & Howard Brody. (1996, February 1). Attitudes of Michigan physicians and the public toward legalizing physician-assisted suicide and voluntary euthanasia. New England Journal of Medicine 334(5), pp. 303–309; Melinda A. Lee, Heidi D. Nelson, Virginia P. Tilden, Linda Ganzini, Terri A. Schmidt, & Susan W. Tolle. (1996, February 1). Legalizing assisted suicide: Views of physicians in Oregon. New England Journal of Medicine 334(5), pp. 310–315.

74. Kevin B. O'Reilly. (2008, October 27). Polls show Washington voters favor physician-assisted suicide. American Medical News. Retrieved December 12, 2010, from http://www.ama-assn.org/amednews/200827/10//prsb1027.htm.

75. Alexa Craig, Beth Cronin, William Eward, James Metz, Logan Murray, Gail Rose, Eric Suess, & Maria E. Vergara. (2007). Attitudes towards physicianassisted suicide among physicians in Vermont. Journal of Medical Ethics 33, pp. 400–403.

76. Hilary Evans. (1997, September). Pitfalls of physician-assisted suicide. Physician's News Digest. Retrieved November 4, 2003, from http://www.physi ciansnews.com/ commentary/997wp.html.

77. Ibid.

78. Margaret P. Battin. (1992, March/April). Assisted suicide: Can we learn from Germany? Hastings Center Report 22(2), pp. 44–51.

الجزء الخامس

القضايا الأخلاقية في المستقبل القريب

حدثت تغييرات عديدة في إدارة منظمات الخدمات الصحية منذ بداية السبعينات، فالتغيير هو المستقبل ويبدو أنه يحدث بخطى متسارعة. فالتحديات الإدارية الجديدة تعني متطلبات أكبر على الفلسفة والثقافة المنظمية وعلى أخلاقيات المدير الشخصية، بحيث يشعر المديرون الذين ليست لديهم أخلاقيات شخصية محددة واضحة المعالم أنهم طافون بلا هدي في عالم يبدو بدون قواعد صلبة راسخة.

يفحص الفصل الثاني عشر التسويق والرعاية المدارة في بيئة تنافسية، ويتناول الفصل الثالث عشر تحصيص الموارد فيما يتدارس الفصل الرابع عشر المسؤولية الاجتماعية لمنظمات الخدمات الصحية، فقد أصبحت تلك الجوانب أكثر أهمية وتتطلب مضامينها الأخلاقية اهتماماً خاصاً.

أقنعت البيئة التنافسية مديري الخدمات الصحية أن تسويق منظماتهم وبرامجها أمرٌ جوهري لبقائها واستمرارها، مع أن التسويق ليس جديداً على تلك المؤسسات ولكن الجديد هو تطبيقه بطرق تجارية وربحية. ويشك الكثير من المديرين بالمضامين الأخلاقية في ذلك وخاصةً مديري المنظمات غير الربحية.

برزت الرعاية المدارة كوسيلة أساسية لتنظيم وتمويل تقديم الرعاية الصحية. ومثل التسويق فإن الرعاية المدارة ليست جديدةً على الخدمات الصحية ولكن انتشارها مقترنةً بضغوط الجودة وضبط التكاليف يثير قضايا أخلاقيةً معقدةً تمثل تحديات كبيرة للإدارة.

يدرك مديرو الخدمات الصحية تماماً الصراع القائم على الموارد في جميع جوانب المجتمع، ومنظمات الخدمات الصحية ماهي إلا جزء صغير من الصراع، ومع أهمية توفير خدمات حاسمة للمجتمع، تؤدي منظمات الخدمات الصحية ومديروها دوراً محورياً في تحصيص الموارد والمضامين الأخلاقية لكل من المديرين والمجتمع.

الفصل الثاني عشر

الأخلاقيات في التسويق والرعاية المدارة

في العشـــرينات من القرن الماضي صرح الرئيس الأمريكـــي كالفن كوليج أن مهنة أمريكا هي المتاجرة، ويبقى هذا التصريح قائماً حتى اليوم والولايات المتحدة هي ملاذ الســـوق الحر للرأســـمالية الديموقراطية، ويتفرد بين مشـــاريعها منظمات الخدمات الصحية إذ تختلف تلك المشـــاريع في هـــدف ونوع الخدمة المقدمة وتوجهها ودوافعها، فغالبـــاً ما يرتبط مقدمو الخدمات الصحية بمؤسســـات دينية ويصنفون ضريبياً على أساس غير ربحي. وتتفرد منظمات الخدمات الصحية أيضاً بأنها وثيقة الصلة بمهن متعددة وتوفر خدمات ذات أبعاد عاطفية ونفسية مهمة، فهي مؤسسات اجتماعية ذات بعد اقتصادي بدلاً من كونها مؤسسات اقتصادية ذات البعد الاجتماعي المألوف.

تم تطبيق عناصر التسويق- وهي المنتج والمكان والترويج والتسعير- على الخدمات الصحيـــة، وهنـــا أيضاً تختلـــف الخدمات الصحيـــة جذرياً، فبخلاف التســـويق في المؤسســـات التجارية التقليدية الذي يسعى إلى إيجاد الطلب، يسعى تسويق الخدمات الصحية إلى إشـــباع الطلب على خدماتها، الأمر الـــذي قد لا يتحقق. أصبح التمييز بين المؤسسات التجارية والخدمات الصحية أقل وضوحاً منذ الثمانينات. لقد مارست منظمات الخدمات الصحية التسويق لسنوات طويلة، فكل برامج التواصل مع المجتمع (outreach programs) هي ضمنياً من أنواع التســـويق، ويحدث التســـويق -تاريخياً- بعـــدة طرق بما فيها قيام مقدم الخدمة بنشـــاطات مثل أيام صحة المجتمع، وفحوص تقصي الامراض (disease screening)، وعيادات الطفل السليم، والبيانات الصحفية. إلا أن بيئة الســـوق التنافسية بدأت تتطلب أن يصبح التسويق منهجياً منتظماً ومركزاً وحازماً مؤكداً.

تتفاوت الآراء عند تقييم دور التسويق في الخدمات الصحية، فهل تم خلق الطلب أم تم إشـــباعه؟ من المهم في الاجابة على هذا الســـؤال النظر فـــي الاختلاف القائم حول أنواع الطلب علـــى الخدمات الصحية الجديرة والقَمينـــه (meritorious) (وهو مفهـــوم مفعم بالقيم). لن يختلف كثيرون على أهمية إيجاد طلب على فحوص تقصي ارتفاع ضغط الدم أو سرطان القولون والمستقيم، وتخفف حسابات تكاليف ومنافع تلك الجهود مرغوبيتها، لأنه حســـب المجموعة السكانية والأمراض المنتشرة فيها قد تكون

فحـــوص تقصي الأمراض مكلفة بدرجة غير مقبولة عند مقارنتها بالحالات الإيجابية الحقيقية التي تكتشـــف ونسبة المراضة والوفيات التي يمكن الوقاية منها. وقد تجرى فحوص تقصي الأمراض حتى عندما تكون التكلفة أكبر من المنفعة لأســـباب الصواب السياسي أو لتعزيز صالح ورفاهة المجتمع.

إن كلاً من التنافس السعري والتنافس غير السعري قد يزيد الطلب على الخدمات، وتعد المنافســـة عامةً في القطاع التجاري أمراً محمـــوداً ومرغوباً ولكن تلك المرغوبية أقـــل وضوحاً في الخدمات الصحية، وذلك لأن الخدمات متطابقةٌ ولأن التنافس على الأطباء والموظفين والمرضى مكلف، ولكن رغم تقبل التنافس يستمر الاختلاف على ما إذا كان خلق الطلب بهذه الطريقة مقبولاً وملائماً.

بالإضافة إلى ذلك، بالإمكان معاجة الحالات التي تســـتدعي تدخلاً طبياً بعلاجات مختلفة، ومن الأمثلة على المعالجات الشـــاملة التي بإمكان المرضى اجتنابها، عمليات المجازة الشـــريانية التاجية أو رأب الأوعية الدموية للأشـــخاص الذين عانوا من نوبة قلبية خفيفة، فقد وجدت دراسةٌ أن الأشخاص الذين تلقوا أكثر الفحوص والعلاجات دقةً وتفصيلاً كانوا أكثر احتمالاً بمرتين أو ثلاث أن يصابوا بنوبة ثانية أو يموتون خلال ثلاثين يوماً من أولئك الذين شخصوا وعولجوا بعلاجات غير باضعة (noninvasive)، كممارســـة الرياضة واختبارات الجهد والعقاقير التي تذيب تجلطات الدم. تم تقدير إمكانيـــة اجتناب مـــن (٤٠٠٠٠٠) إلى (٦٠٠٠٠٠) مواطن أمريكـــي إجراء عملية رأب الأوعيـــة الدموية ســـنوياً بتكلفة تتراح بـــين (٢٠٠٠٠) إلـــى (٢٥٠٠٠) دولار للعملية[1]. فالفوائد والمنفعة جلية واضحة.

وجد خلافٌ حول معالجات متشابهة في تشخيصات مثل سرطان البروستاتا، فبعد الاكتشـــاف المبكر باستخدام اختبار المستضد البروستاتي النوعي، كان العلاج المعياري هو معالجة جميع أورام البروستاتا الخبيثة بحدة بواسطة الجراحة والعلاج الإشعاعي، ونتيجـــةً لذلك فإن الرجال الذين ما كانوا ســـيموتون من أورام البروســـتاتا الصغيرة - بـــل من المحتمل ألا يلاحظوا وجودها - قاســـوا وتكبدوا علاجات غالباً ما تســـبب مضاعفات كالســـلس البولي والعنة (العجز الجنسي) والضرر وأحياناً الموت. والبديل الأفضل من ذلك كثيراً هو الانتظار اليقظ مع مراقبة فاعلة (watchful waiting with active surveillance- WWWAS)، الذي يســـتلزم مراقبة تقدم أورام صغيرة بطيئة النمو والشـــروع في المعالجة عند الضـــرورة فقط[2]، وبالإضافة إلى فوائد جودة الحياة هناك تخفيـــض ملحوظ في التكاليف مقارنةً بالمعالجة الحادة، وهذا الأســـلوب يفيد

خاصةً الرجال الذين قد لا يعيشون عشر سنوات أخرى كالذين تجاوزو سن الخامسة والسبعين أو الذين يعانون من أمراض قلبية شديدة، أو داء السكري.

تتغاير حالاتٌ أقل موضوعية مع الاحتياج الموضوعي للتدخل عند وجود أمراض الشرايين التاجية، فغالباً ما تُذكر الجراحة التجميلية كمثال على الخدمة الطبية «غير الضرورية»، ويُزعم أن عمليات شد الوجه وشد البطن وزراعة السيليكون في الصدر وحقن البوتوكس تهدر الموارد الطبية - بغض النظر عن مصدر الدفع- وأنه يجب استخدام تلك «الموارد» في مشكلات صحية أخرى، وهذا تعريف شخصي غير موضوعي للاحتياج، فالأشخاص العقلانيون يميِّزون بين ما يحتاج إليه المرضى، وكيف يجب على نظام الرعاية الصحية إشباع الطلب الناتج من ذلك الاحتياج أو إن كان يجب إشباعه أصلا. ربما لا يجب تعريف التدخلات الطبية مثل الجراحة التجميلية كخدمات صحية، بل كخدمات استهلاكية مثل تصفيف الشعر أو فصول التمارين الرياضية واليوغا، وتصحيح النظر بالليزر وكمال الأجسام.

ينبغي استخدام الدراسات الإبيديمولوجية لتطوير البيانات عن السكان، وتكشف تلك البيانات عن معدلات حدوث وانتشار الأمراض، إضافةً إلى هموم وشؤون السكان النفسية والبدنية التي قد تقع خارج تعريف المرض التقليدي، وتنبثق المشكلة الحقيقية المتعلقة بتقييم الاحتياج والطلب عندما يطبق الذين يقيمون تلك البيانات قيمهم الشخصية لتحديد مدى أهمية «المشكلة»، إذ يقلل ذلك التطبيق موضوعية هذا الإجراء إذا كانت تؤثر في تقرير ماذا يُدرس؟ وماذا يُفعل بنتائج الدراسة؟ وبالمقابل، تؤثر تلك القرارات في اختيار التدابير والقرارات حول تقديم العلاج من عدمه، إلا أن الأهم من ذلك أنها تقلل أو تعيق استقلالية وصنع القرار لدى الأفراد.

يحتدم الجدل والحوار حول الاحتياج عندما تشمل فيه أخلاقيات التسويق، وبخاصة عندما يستخدم التسويق للتأثير في الطلب أو لتشجيع الأشخاص وحثهم على السعي لإجراء العمليات الاختيارية، وتشكل الحالات النفسية أو البدنية -التي إما ألا يكون الشخص على دراية بها، أو أنه لا يرغب في السعي لمعالجتها- طلباً محتملاً كامناً، وأيضاً الحالات التي لا تطلب المساعدة عليها بسبب العوائق المالية تمثل طلباً كامناً ومن الأمثلة على ذلك رعاية الأسنان وإصبع القدم المطرقية (تشوه في أصابع القدم) والبواسير وخدمات الصحة العقلية.

مما يثير القلق في هذا الحوار الإشارة إلى أن إشباع الطلب الكامن الذي يدفعه ويحركه المستهلك غير أخلاقي، ويعرف ميثاق منظمة الصحة العالمية الصحة على أنها

" حالةٌ من الرفاهية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة وليست فقط غياب المرض والاعتلال»[٣] ويشمل هذا التعريف الفضفاض أن المفيد هو جميع الجهود لتحسين الرفاهية البدنية والعقلية والاجتماعية الكاملة، ومما يوسع الآفاق التفكر في نشاطات العافية (الوقائية)، فإمكانيات ومجالات المشاركة المنظمية لا تحصى، لأنه يمكن التأثير في كل جانب من الحياة لتحسين الصحة عامةً والوقاية من المشكلات الطبية. وما وراء نشاطات العافية تظهر قضايا كيفية معالجة الطلب على الخدمات التي قد تبدو سخيفةً للبعض، فهل يجب منع الناس من الجراحة التجميلية لأن آخرين يرون أن تلك العمليات تافهة، أو أن ما يسعون إلى تصحيحه ليس أمراً خطيراً يهدد حياتهم وبقاءهم؟ حالياً تلك التعديات على استقلالية الفرد هي أعظم مما يمكن أن يتقبله المجتمع والجمهور.

ليس واضحاً تماماً كيف يمكن تقييم الاحتياج والطلب ومن يمكنه ذلك، فرغم وجود المصاب بالوسواس المرضي هنا وهناك أو المصاب بمتلازمة مونشهاوزن، يجب تقبل فكرة أن الطلب على الخدمات الطبية أمرٌ عقلاني، فعندما يسمع المرضى العاديون عن مشكلات طبية جديدة أو إمكانات تشخيصية أو علاجية فهم يستجيبون بعقلانية، ف «المعافون القلقون» ليسوا فعلاً مرضى إكلينيكياً بل هم قلقون على صحتهم وجودة حياتهم وليست قراراتهم المتعلقة بالعمليات الاختيارية سوى تحليل شخصي لمنفعة التكلفة. عندما تستخدم البرامج التي تمولها الحكومة تحاليل منفعة التكلفة لصنع قرارات التحصيص الكلية قد لا تتاح بعض الخدمات، وقد يفيد تدارس مثال أوريغون العقلاني في تصنيف الخدمات الصحية في برنامج مديكيد - حسب قائمة أولوية - عندما يحدد القرار السياسي الخدمات المتاحة.

التسويق المسؤول:

كيف تسوق منظمة الخدمات الصحية -للمرضى والمرضى المحتملين بطريقة ثابتة- التزامها الأخلاقي بتجنب خلق طلب غير ضروري، و في الآن ذاته تجد وتخدم الذين يحتاجون الخدمات؟ تشمل مبادئ وممارسات التواصل التسويقي في المستشفيات والنظم الصحية الصادرة من جمعية إستراتيجية الرعاية الصحية وتطوير السوق (the society for healthcare strategy and market development- SHSMD) التابعة للاتحاد الأمريكي للمستشفيات (American Hospital Association -AHA) قائمة للتواصل التسويقي[٤]، تحوي اثنا عشر موضوعاً لتتناولها المنظمات في التواصل

التســويقي وتشــمل الأمثلة عليها «هل يضيف المنتج أو الخدمة المروجة قيمةً حقيقيةً للمريــض؟» و«هــل يحدد التواصل توقعــات واقعية؟» و«إذا تم إبــراز معايير الجودة هل تســتخدم كلمات مثل آمن و مرتفع وفعال وبلا ألــم والأفضل وأعلى جودة بحذر، وفقط عندما يمكن تأكيد ذلك والتثبت منه بموضوعية؟» و«هل يســهل على الجمهور المســتهدف فهم لغــة التواصل؟» توفر أجزاءٌ مختلفة الإرشــاد والتوجيه عن معلومات الســعر والتأييد(endorsements) والشــهادة (testimonials) واستخدام الأطباء في التســويق، ووســائل التواصل الاجتماعي وإعلانات المدونات على الإنترنت وغيرها. وفي الإجمال، تشــجع استشارات جمعية إستراتيجية الرعاية الصحية وتطوير السوق (SHSMD) التواصــل التســويقي الصــادق والعادل والصحيح والكامل والحســاس لاحتياجات الجمهور من الخدمات الصحية.

أضاف ظهور وانتشــار استخدام شبكات التواصل الاجتماعي بعداً درامياً بحداثته وربما يكون إشــكالياً، لتســويق الخدمات الصحية، ويقدر حالياً أن (٢٥٠) مستشفى تســتخدم يوتيوب وفيســبوك وتويتر أو المدونات للتواصل فــي المناطق التي تخدمها، بل تســتخدم بعض المستشــفيات تويتر لعرض عمليات جراحية، وفي إحدى الحالات اســتخدمت نشــرة تويتر تغريدات من طبيب يراقب العملية ويقدم تعليقاً حياً عليها، ولــو حدثت أية مضاعفات أو إشــكالات انتقل المستشــفى من البث الحي واســتبدله بتســجيل لعملية مشــابهة. يثير هذا قضايا أخلاقيةً لأنه يضلل الجمهور فيما يتعلق بمخاطــر العملية، إضافةً إلى ذلــك أثيرت الهموم حول خصوصيــة المريض[٥]. توفر شبكات التواصل الاجتماعي إمكانات عظيمة لاستعادة رضا المستفيدين عن الخدمات، والاستجابة للتغذية الراجعة الإيجابية ونشرها، وكذلك معرفة كيف تستخدم منظمات الخدمات الصحية الأخرى تلك الوســائل. ومما طرح في معارضة استخدام شبكات التواصــل الاجتماعــي هو أن المنظمة لا تســتطيع التحكم فيما يقــال عنها على تلك المواقع المختلفة، ولكن التعليقات تطرح على كل حال وستســتفيد المنظمة من المشاركة في الحوار. ومن خلال معرفة ما يقال تستطيع المنظمة تحسين خدماتها والاستجابة لهموم وشكاوى المستفيدين. ومع ذلك تكثر القضايا الأخلاقية في التفاعلات التي ترد من شبكات التواصل الاجتماعي، والمنظمة ملزمة بضمان موافاة استجاباتها لتفاعلات التواصل الاجتماعي للمتطلبات الأساسية التي حددها الاتحاد الأمريكي للمستشفيات (AHA) وتوافقها مع قيم المنظمة[٦].

لــو كانت الأرباح وكذلك المردود على الاســتثمار هي الأســباب الرئيســية لوجود المنظمات، لكانت لها رؤية مختلفة تماماً عن التسويق المسؤول والتنافس الملائم، وهذا

هو الفرق بين تزويد الجمهور بكل ما يرغب وتعديل الرغبات والطلب المحتمل بتقديرات وأحكام عن القيمة والفائدة، ويشمل هذا الرأي عن المرضى عناصر أبوية ولكن يجب أن يتوافق مع بيان رسالة المنظمة.

التسويق المقلص لتجنب الإفلاس:

أخيـــراً توصلت الرئيس التنفيذي كريس هاينز بين الأوراق المكدســة على مكتبها إلى تقارير الشـــهر الماضي لنشـــاطات قسم الطوارئ، وقد أدركت الأخبار الســـيئة عن النزيف الاقتصادي المستمر الذي يعاني منه المستشفى العام. وكان العجز الحالي (٥٠٠٠٠٠) دولار وذلك في الشهر الرابع من السنة المالية، وحيث يخدم المستشفى مرضى من وسط المدينة (المعوزيـــن) والكثير منهم بدون تأمين صحي أويدفع عن رعايتهم برنامج مديكيـــد الذي طالما عانى من عجز فـــي التمويل، لا يبدو أن هناك أملاً بتحسن الوضع المالي للمستشفى.

تعلم هاينز أن (٤٠٪) من المنومين في المستشفى يأتون من خلال قسم الطوارئ وأن نصفهم يصل مستقلاً سيارة أجرة، أوسيارةً خاصة أو سيراً على الأقدام، ويصل النصف الآخر بواسطة خدمة الاسعاف التي تملكها المدينة. حاولت هاينز تطبيق خطة لرفع معدل التنويم لعمليات اختيارية وبذلك تحســـن مزيـــج الدافعين وذلك بتشـــجيع الأطبـــاء المعالجين في المستشفى على تنويم مرضاهم في المستشفى العام ولكن جهودها فشلت، بعـــد ذلك حاولت هاينـــز العمل مع موظفي البلديـــة لتطبيق نظام جديد لمسار الإسعاف، ولكن رفض هؤلاء الموظفون غير المتعاطفين مساعدتها.

كانـــت هاينز تعلـــم أنه بإمكان هبات وتبرعات المستشـــفى تشـــغيله لحوالي ثلاث ســـنوات، ولكن المنشـــأة ســـتضطر لإغلاق أبوابها إذا لم تتمكـــن من العمل بلا خســـارة بنهاية تلك المدة، وحيث لـــم تكن البلدية متعاونة، استنتجت هاينز أن ســـر الاستمرارية والبقاء يكمن في خفض عـــدد المرضى غير المؤمـــن عليهم ومرضى مديكيـــد، الذين ينومون في المستشفى من خلال قسم الطوارئ.

تناقشـــت هاينز مع عدد من استشاريي التسويق وقد عرض أحدهم العمل مجاناً للمستشـــفى، وقد استحوذت عليه فكرة «التسويق المقلّص»

لقســـم الطوارئ، وبرر ذلك بأن سمعة قســـم طوارئ المستشفى الممتازة هي السبب وراء نصف المرضى الذين وصلوا بوسائل غير إسعاف المدينة وأدرج الطـــرق التاليـــة التي يمكن بواســـطتها جعل قســـم الطوارئ أقل جاذبيـــةً للمرضـــى المحتملين : خفض عدد موظفـــي الطوارئ إلى الحد الأدنى، وإغلاق موقف الســـيارات قرب القسم، وخفض خدمات الخدمة والتنظيف بحيث يصبح القســـم متســـخاً وغير مرتـــب، وإرجاء الصيانة التي لا تتعلق بالسلامة، وتغيير سياسة وإجراءات وموظفي الفرز لزيادة زمن الانتظار لمرضى غير الطوارئ، واســـتخدام الموظفين الأكثر احتمالاً بأن يكونوا فظين ولا يراعون الغير، ونشـــر الإشاعات بأن إغلاق القسم أصبح وشيكاً.

عرف الاستشـــاري احتمـــال أن تطال تبعات إغلاق قســـم الطوارئ أقســـاماً أخرى ولكن المجتمع كان يائســـاً، واعتقـــد أن العمل المتطرف ضروري.

أول ما يتبادر إلى الذهن هوما إذا كانت هاينز وإداريوها قد تجاهلوا خطوات أخرى لتحسين شئون المستشـــفى المالية كإغلاق قسم الطوارئ عوضاً عن تقليصه (وهو حلٌ أكثر نزاهة)، والقيام بنشاطات طبية أخرى أكثر ربحية لتعوض خسائر قسم الطوارئ، أو افتتاح عيادات للرعاية الأولية أقل تكلفةً لرعاية الأصحاء القلقين ومشـــكلات طبية أخرى غير طارئة.

إلا أنه حتى لو كانت تلك الخيارات متاحةً فإن إســـتراتيجية التقليص تثير قضيتين أخلاقيتين؛ أولاً: من الأرجح أن تؤثر الخطوات المزمع اتخاذها ســـلباً في جودة رعاية قســـم الطوارئ، فبالإضافة إلى التوظيف -والجوانب المادية التي تتأثر مباشـــرة- فإن التأثير النفســـي على موظفي الطـــوارئ مع تأثير أصدائها في جـــودة رعاية المنومين ســـتخفض معنوية الموظفين وبالتالـــي جودة الرعاية، ومثل هـــذا العمل ينتهك مبدأي الاحسان وعدم الإضرار وفضيلتي المبالاة والأمانة.

المبـــدأ الأخلاقي الثاني الذي ينبغي تناوله هو العدالة، فالناس في المجتمع واقعون بين بيروقراطية البلدية وجهود المستشـــفى للنجاح مالياً، وقد لا يكون لديهم أي خيار إلا تحمل الإهانة وانخفاض جودة الخدمات الناتج عن إســـتراتيجية التقليص، وينبغي أن يؤدي العمل على تدهور الوضع عمداً بجميع الأطراف إلى الإزعاج والكرب والجزع،

يستتكر أحد أبعاد العدالة وفضيلة الوفاء الإجحاف المرتبط بإرغام موظفي الطوارئ على العمل تحت مثل هذه الظروف، إذ سيتحملون وطأة غضب المرضى وبيئة قسم الطوارئ الخربة والقابضة للنفس.

حتى لو أدت أوضاع المستشفى المالية المتردية في نهاية الأمر إلى نفس التغييرات في قسم الطوارئ لا يبرر ذلك إجراءها كما أوصى به المستشار وقد يتفكر المديرون المستيئسون في خطوات قانطة، ولكن لا يمكن تبرير الإجراءات المقترحة أخلاقياً.

مستقبل التنافس:

تشير إحدى نظريات العلوم السياسية إلى أن الأعداء مع مرور الوقت يبدأون في اتخاذ صفات بعضهم البعض، ويثير ذلك قلق القطاع غير الربحي من نظام الخدمات الصحية، الذي يرى في نفسه أنه يرعى قيماً تختلف عن قيم القطاع الربحي وأسمى منها. ويخشى هؤلاء الأشخاص أن التنافس على حصة السوق والتركيز على اعتبارات مالية والبقاء الاقتصادي سيفقدهم دوافعهم الانسانية والخيرية.

في هذا الصدد تبرز الأهمية البالغة لنظم المدفوعات، إذ إن قدوم نظام التعويض باستخدام المجموعات المرتبطة تشخيصياً (DRG) لمستفيدي نظام مديكير المنومين في المستشفيات كان الجولة الافتتاحية لما أصبح تقييماً مستمرا لنظم المدفوعات، كما أن التنافس واحتواء التكاليف يدفعان التحول من أسلوب الرسوم مقابل الخدمة إلى أنماط مختلفة من المدفوعات الثابتة، مما أدى إلى إنحياز الأطباء ومنظمات تقديم الرعاية في علاقات تضيف زخماً كبيراً من التعقيدات للمشكلات الأخلاقية التقليدية كما تثير مشكلات جديدة أيضاً. إلا أن الأطباء بدؤوا بمقاومة الضغوط المختلفة عليهم، فأخذ العديد منهم بالحد من عدد مرضى مديكير ومديكيد في عياداتهم، وبرفض استقبال المسجلين في برامج الرعاية المدارة ورفض جداول الأجور التي تعتمدها تلك المنظمات ، وبتأسيس عيادات متميزة لخدمة مرضى الرسوم مقابل الرعاية حصرياً. ومع أن المستشفيات لا تتمتع بنفس القدر من المرونة إلا أن ظروف السوق قد تمكنهم من التفاوض على رفع جداول أجور منظمات الرعاية المدارة[٧].

يرى بعض الباحثين أن ضغوط تعويض الرسوم الثابتة سوف تؤدي إلى علاقة تنازعية بين المرضى ومنظمات الخدمات الصحية (وربما مع الأطباء أيضاً) وأن مصالح المرضى ستذعن لمتطلبات الكفاءة والبقاء الاقتصادي وتحتل مرتبةً أدنى. وهذه نتائج ممكنة في ظل أي نظام للمدفوعات أو الملكية وسوف تحدث كلما غاب

عن ذهن مقدمي الرعاية والمديرين سـبب وجودهم أصلاً. لا يوجد خلاف بين تقديم الكثير مقابل القليل (من المال) وبين الجهود المبذولة لتفعيل مبادئ احترام الاشـخاص والإحسان وعدم الإضرار والعدالة بالإضافة إلى فضائل عديدة، وعلى جميع من يعمل على تنظيم وتخطيط وتقديم الخدمات الصحية وضع تلك القيم نصب أعينهم.

التنافس وسياسة الموارد البشرية:

تجلب الأسـواق شديدة التنافسـية في المدن والضواحي معها مجموعةً فريدةً من القضايا الأخلاقية وبخاصة تلك التي تثار عند التوظيف.

توظيف المنافسين:

> هناك تنافسٌ شـديد بين داريّ رعاية المسنين الموجودتين في البلدة، ممـا أدى إلى معارضـة كل منهما لطلبات «شـهادة الاحتياج» (اللازمة لإضافة أسرة أو خدمات جديدة) التي يتقدم لها الآخر إلى درجة اللجوء إلى القضاء، وكان مديرا التشـغيل فيهما صديقين قبل توظف كل منهما في دار رعاية المسنين، بل ويلعبان معاً لعبة الغولف شهرياً وعندما فصل مدير التشغيل في أحد الدارين بسبب دسيسة سياسية ضده في مجلس الإدارة عرض عليه الآخر توظيفه لديه كمستشار.

لا تعالـج ضوابط الأخـلاق المهنية ظروفاً كهذه، وقد اؤتُمـن المدير المفصول على معلومـات مهنيـة تجارية قد تتيح للمرفق الآخر أفضليةً تنافسـيةً غيـر عادلة. من الناحية النظرية لا يمكن للمدير المفصول المشـورة إلا في أمور لا تسـتدعي كشـف أواسـتخدام تلـك المعلومات المهنيـة، إلا أن ذلك غير مرجح علمـاً بتاريخ المنظمتين. الإجابة الأفضل أخلاقياً هي عدم توظيف المدير المنافس سابقاً، وعدا ذلك فقد يمكن تجنب استخدام معلومات المنافس المهنية التجارية، وهو ما لا يمكن تحديده إلا بمعرفة العمل الذي سوف يؤديه المستشار الجديد.

هل يقع على عاتق المدير المفصول أى واجبات تجاه رب العمل السابق؟ على المديرين واجبٌ أخلاقي يحتم عليهم الحفاظ على سـرية المعلومات المهنية بعد قطع العلاقات مع رب العمل، ويسـتمر واجب الحفاظ على السـرية والخصوصية هذا حتى تتجاوز الأحداث والوقائع المعلومات السرية، ولولا واجب الحفاظ على السرية لتمكن الموظفون السـابقون من جعل المنظمات رهائن لهم. والمديـرون هم أول من يوافق على أن ذلك موقفٌ لا يحسد عليه أحدٌ من وجهة النظر الإدارية والمهنية على السواء.

الرعاية المدارة:

ببساطة، الرعاية المدارة هي جهودٌ منتظمةٌ لاحتواء تكاليف الخدمات الصحية من خلال وسائل مختلفة. والقضية الأخلاقية الرئيسية التي تبرز في الرعاية المدارة هي ازدواجية المصالح التي تقود إلى تضارب المصالح، وهي متأصلة في الرعاية المدارة لأن أهداف وغايات ومراد الإدارة والموظفين قد تختلف مع مصالح المشتركين. يحدث التوتر بين منظمات الرعاية المدارة والمشتركين فيها أوالمتوقع اشتراكهم مع بداية التسويق الأولي عندما يتم تحديد رزم الخدمات وتجزئة السوق حيث لا يمكن اجتناب ازدواجية المصالح التي قد تتحول إلى تضارب مصالح، إلا أنه يمكن تقليص وجودها والتأثيرات السلبية الناتجة عنها إذا أدركها الإكلينيكيون والمديرون، علماً أن معرفة المشتركين بازدواجية المصالح تلك في تزايد.

تتفاقم إمكانية بروز تضارب في المصالح لأن العديد من منظمات الرعاية المدارة غير الربحية تسعى إلى خلق الانطباع بأن توجهها يميل إلى الخدمات العامة وبالتالي تحتل مستوىً أخلاقياً أرفع من منافسيها الربحيين، وقد ساندت منظمات التأمين غير الربحية ومنظمات الحفاظ على الصحة -تاريخياً- إيجاد انطباع بأنها نظام طاهر نقي لتقديم الرعاية الصحية وهو انطباعٌ لا ينال من وجود دافع الربح وأن المنتسبين لتلك المنظمات يتلقون رعايةً طبيةً ذات جودة عالية وبتكلفة معقولة، وأخذ ذلك الانطباع يتغير بسبب المعايير المالية في المنظمات الخيرية والإفصاح عن الأجور السخية التي تدفعها لتنفيذييها، وانتشار صيت منع بعض الخدمات عن المشتركين فيها. ومع ذلك يستمر ذلك الانطباع التاريخي بصفة عامة، لدرجة تجاهل النشاط التسويقي للمجموعات مرتفعة الخطورة أو استثنائها عمداً (وهو ما يعرف بانتزاع القشدة) ولا يستغرب وجود اختلاف بين رسالة المنظمة التاريخية والحالية. تؤدي ازدواجية المصالح القائمة -عندما لا يوجد علاقة بين مقدمي الخدمة وأولئك الذين يستهدفهم التسويق- إلى تضارب المصالح.

الانتقاء المجحف وتسويق الرعاية المدارة:

يجب أن تأخذ إستراتيجية التسويق في الاعتبار إن كان ينبغي تقليص التميز الإكلينيكي المهم الذي قد يحظى به عناصر تقديم الخدمة، فإن كانت منظمة الرعاية المدارة - أو الانطباع عنها - أنها ريادية في علاج حالات طبية معقدة أو مكلفة، يرجح حدوث الانتقاء المجحف، وسوف تغمر المنظمة بأمواج من الأشخاص الذين ينشدون

عــلاج تلك الحالات، وإن أدت الجودة المرتفعة إلى ارتفــاع التكلفة دخلت المنظمة في دائرة خبيثة؛ لأن سمعة جودة نتائج المنظمة العالية يشجع المزيد ممن يعانون من حالات خطيرة ويحتاجون تلك المعالجة المكلفة على الانضمام لها. إلا أن الإجهاد بسبب ذلك الانتقــاء المجحف قد يؤدي إلى تدهور جودة الرعاية لمشــتركين آخرين أو قد تضطر المنظمة إلى تقييد الخدمات أو رفع أقســاط الاشــتراك، ونتيجــةً لذلك، قد يضطر مســوقو المنظمة -لضمان بقائها (وازدهارها)- إلى تقليل الاشارة للرعاية المتميزة في بعض الأمراض وتجاهل شــأنها والتركيز عوضاً عن ذلك على تطوير ســمعة للمنظمة بأنها توفر خدمات طبية عامة، ذات جودة عالية بدون ذكر تخصصات متميزة.

أريد مراجعة الدكتورة نايتنجيل:

> الدكتــورة نايتنجيــل هي طبيبة أطفــال تعمل فــي منظمة الحفاظ علــى الصحة المحدودة في مدينة متوســطة الحجم، ومــع أنها لم تتلق تدريبــاً متخصصاً بعد فترة تخصص الطبيب المقيم إلا أنها تطورت إلى تشخيصية ماهرة، وغالباً ما تشخص حالات حيرت زملاءها.
>
> في فترة التســجيل الماضية لاحظت الإدارة أن عدداً أكبر من المعتاد من الأســر التي لديها أطفال صغار قد سجل في المنظمة، وكالمعتاد تحد المنظمة الخدمات خــارج البرنامج التأميني في المنطقة وتقيد الإحالات إلــى التخصصات الدقيقــة، والدكتور نايتنجيل تســتخدم التخصصات الدقيقة أكثر من زملائها ولكنها تحقق نتائج ممتازة. أظهر اســتطلاع المشتركين حديثاً أن وجود رعاية أطفال متميزة كان عاملاً مهماً لاشتراك العديد من الاســر في المنظمة وقد ذكر البعض اســم الدكتورة نايتنجيل تحديداً.
>
> أبدت الادارة مخاوفها من أن مثل هذه الانطباعات قد تســبب انتقاءً مجحفــاً كبيراً، بل اقترحت الإدارة مــن أجل حماية مركز المنظمة المالي ضرورة إجراء مراجعة لاستخدام الدكتورة نايتنجيل للتخصصات الفرعية، وقد رأى البعض أن ذلك رد فعل مفرط واتفق الجميع على اتباع أسلوب التمهل والترقب وأن يناقشوها لو حدثت مشكلاتٌ تتعلق بها.

وقع مثال آخر على الانتقاء المجحف في معالجة المصابين بعدوى مرض الأيدز، فقد نالت منظمة للحفاظ على الصحة تعمل في منطقة واشنطن العاصمة شهرةً مستحقةً

لتوفيـــر رعاية عالية الجودة لهذه المجموعة، وأدى انتشـــار هذه المعلومة خلال المجتمع إلى اشـــتراك المعرضين للإصابة بالعدوى بأعداد أكبر مـــن المتوقع، ولم تكن المنظمة قـــد جمعت بيانات تُظهر تكلفةً أعلى للمشـــتركين المصابين بالعدوى، إلا أنه من المتفق عليه بصفة عامة، أن التنويم والعلاج بعقاقير مرتفعة التكلفة عند تطور عدوى الأيدز إلـــى المرض الواضح تجعل الرعاية مكلفة، مع تزايد إتاحة مصادر للرعاية أقل تكلفة. يتطلب المشتركون الأشد مرضاً رعايةً أكثر؛ مما يضع منظمة الرعاية المدارة -المسجل بهـــا عدد غير متوازن من المرضـــى مرتفعي التكلفة- في وضع مالي حرج، و في وضع غير مؤاتٍ تنافسياً من حيث البقاء الاقتصادي.

استعمال الخدمة في منظمات الرعاية المدارة:

يسعى المديرون والموظفون والإكلينيكيون في منظمة الرعاية المدارة إلى تعظيم مركز ونفـــوذ ودخل ومكافآت المنظمة بأقل قـــدر من الاخلال بتوازنها، قد يؤدي تحقيق تلك الأهـــداف وخاصةً تعظيم الدخل إلى تقليص الخدمة، ســـواءً اتفق ذلك مع العقد بين المنظمة والجهة التي تقوم بالفعل مقابل الخدمة أم لم يتفق، بل قد تخالف الاستجابة البيروقراطية احتياجات المنظمة للبقاء على المدى الطويل. ولكي يســـتعيد المشتركون صحتهـــم أو يحافظـــوا عليها فهم يرغبـــون في دفع أقل ما يمكـــن دفعه مع الحصول على جميع الخدمات التي يحتاجونها، أو على الأقل هم يريدون قيمةً مقابل الرســـوم التي دفعوها. وعندما يســـتخدم المشتركون الخدمات بكفاءة ويحافظون على صحتهم بأدنـــى تكلفة، تتطابق أهدافهم مـــع أهداف المنظمة، إلا أن الوضع نادراً ما يكون بهذه البساطة.

استعمال الخدمات هو مصدرٌ أساسي لتباين المصالح، وبالإمكان تقسيم المشتركين إلى فئتين، إحداهما اســـتعمالها للخدمات خفيف إلى متوســـط والأخرى اســـتعمالها مكثـــف، وعامةً تتطابق مصالح الفئة الأولى مع مصالح المنظمة، ولتتمكن من التنافس على المنظمة أن تكبح اســـتعمال الفئة الثانية. وقد يشـــكِّل حتى أصحاب الاســـتعمال المتوســـط خطراً مالياً كامنـــاً للمنظمة في البيئة التنافســـية، ولكي تخفض التكاليف تســـعى المنظمة إلى تحويلهم إلى الاســـتعمال الخفيف للخدمات، وهنا يتضح احتمال بروز تضارب المصالح.

كيـــف تصبـــح المصالح المتباينـــة - كما يتضح مـــن عدم تطابق أهـــداف المنظمة والمشـــتركين - تضارب مصالح؟ ســـوف يؤكد تســـويق منظمة الرعاية المدارة إمكانية

الوصول إلــى الخدمات الأولية والتخصصية ويقلل محدودية الخدمات، ويمكن تقييد المشــتركين بعدد ســاعات الخدمة وأنــواع الخدمات المحدودة ووجــود عدد قليل من الموظفــين الإكلينيكيين لا يغطــي الطلب على الخدمات وبذلــك يُتعمد إيجاد صفوف الانتظار. كما أن طول فترة الانتظار للحصول على المواعيد يخفض تكاليف التشــغيل وخاصةً لحوالي (٨٥٪) من المشــكلات الطبية التي تشــفى تلقائيــاً، ولا يمكن أن يقر المشــتركون إســتراتيجية متعمدة لإرجاء العلاج وتأخيره بغض النظر عن صحة ذلك اقتصاديــاً أو إكلينيكياً. لــدى منظمات الرعاية المدارة صمام أمان لتلك الضغوط من خلال توفير استشــارة ممرضة النصح واستقبال ومعالجة المرضى بدون موعد خلال ساعات العمل. أعطت الضجة التي أثارها المدير التنفيذي لمنظمة كبيرة للحفاظ على الصحة على الشــاطئ الشرقي للبلاد -عندما صرح علانيةً أن منظمته نفذت سياسةً متعمدةً لخلق طوابير الانتظار مشيراً إلى قيمتها في خفض الطلب على خدمات معينة (وبخاصة الأمراض التي تشــفى تلقائياً)- درساً لجميع مديري الرعاية المدارة، إلا أن تلك السياســات قد تؤدي إلى عدم تجديد الاشتراك على المدى الطويل رغم فعاليتها على المدى القصير.

محفزات وروادع الأطباء:

القيــود المبهمــة والتي يحتمل أن تكون الأكثر خطــورة، التي تفرضها المنظمة هي -من وجهة نظر المشــترك- موجهةٌ إلى الأطباء المنتســبين إليها، وتوجد ازدواجية في المصالــح بين المنظمة والمشــتركين من جهة وبين الأطباء والمشــتركين من جهة أخرى. يســتلزم القســم الأبوقراطي أن يعمل الأطباء على مصلحــة المرضى، إذ تنص مبادئ الأخلاقيــات الطبية للجمعيــة الطبية الأمريكية (AMA) "يجــب أن يتفانى الطبيب في توفير الرعاية الطبية المؤهلة برحمة واحترام للكرامة الإنســانية وحقوق الإنسان" و "يجــب أن يكــون الطبيب أميناً في جميع تعاملاته المهنية"[٨]. تشــير هذه الأدلة أن مصلحــة المريض هي في المقام الأول عند اختيار الأطباء المنتســبين لمنظمات الرعاية المدارة لمستوى ومحتوى الرعاية.

يــؤدي الطبيب دور الوكيل في العلاقة بين الطبيب والمريض، ومن المؤســف أن تتأثر هــذه العلاقــة -التي تســتدعي مثل تلك الثقة بحيــث يؤدي فيها الطبيــب دور الوكيل والوصــي- بالحوافز المالية، وبما أنه لا يمكــن أن تكون الحوافز المالية محايدة ولا تؤثر في ســلوك الأطباء، فلا بد من التســاؤل والبحث عن أفضل طرق الدفع حمايةً لمصالح

المريض إلى أعلى درجة ممكنة. وهنا ينبغي أن يكون تقليص تدخل الطرف الثالث بين الطبيب والمريض المعيار الأساسي لذلك، وأفضل علاقة لتحقيق ذلك هي الرسوم مقابل الخدمة. وحيث يدفع للأطباء مبالغ أكثر مقابل القيام بفعل أكثر فإن نظام الرسوم مقابل الخدمة يحفّز على الإفراط في المعالجة مما يزيد الخطورة على المريض. آخذين بالاعتبار الخيارات التي يتخذها المرضى -إن وجدت- فيما يتعلق بالطرف الثالث التأميني، واستمرار ارتباط الأطباء بالطب التقليدي وتوفير أفضل إمكانية لاستمرار الثقة الجوهرية لعلاقة الوكالة تلك، فمن غير الواقعي أن نتوقع من الأطباء فقط مقاومة ضغوط الحوافز المالية فهم بحاجة إلى المساعدة والعون من مرضاهم.

غير أن منظمات الرعاية المدارة هي التي تحدد البيئة التي تسهل أوتثبط استجابة الأطباء، مبدئياً هناك ما يعرف بتحيز الاختيار الذاتي (الذي يجعل الأشخاص يجتمعون في جهة معينة مما يؤدي إلى التحيز) عندما يختار الأطباء المحيط الذي يتعاقدون فيه ومع من يتعاقدون، فالأطباء الذين لا يقبلون الأنظمة التي تفرضها منظمة الرعاية المدارة سيعملون في مكان آخر، مع أن الخيارات في هذا المجال بدأت تتقلص، وعندما ينضم الطبيب إلى المنظمة باستطاعة الادارة أن تستخدم مجموعة من الوسائل لتعديل أو توجيه السلوك المهني، بما في ذلك حوافز وروادع مالية، وبروتوكولات المعالجة، والتفويض المسبق للخدمات وضغوط الزملاء (مثلما يحدث عند نشر معلومات عن الممارسة والمقارنات والمفاضلات مع الزملاء)، وعدم تجديد العقود والحد من التنويم وتحديد أعداد الكشفيات والمراجعات اليومية كما يحدث في منظمات الحفاظ على الصحة، واستخدام نظام مراجعة الأنداد. تؤدي ضغوط الزملاء دوراً مهماً في معظم القيود على الخدمات، وتكون تلك القيود إيجابيةً عندما تشجع على استعمال الموارد المتعقل والملائم وقد يفسر هذا جزئياً استخدام منظمات الرعاية المدارة لخدمات مساعدة أقل ولعدد أقل من أيام التنويم مما يستخدم في نظام الرسوم مقابل الخدمة.

الحوافز والروادع المالية مرتفعة الخطورة من حيث تضارب المصالح، منها أسلوب وضع الطبيب تحت المخاطرة المالية (physician-at-risk) والرسوم على الشخص (capitated payment) وهما أكثر الأساليب إشكالية. قد تستخدم العلاوات على أساس استخدام الخدمات المساعدة والإحالات والتنويم وقد تستخدم كحوافز أو كروادع، فتأثير علاوة محتملة غادر ومخاتل في أن صنع القرار الإكلينيكي قد يتأثر دون وعي أو بطرق لا يدركها تماماً حتى الأطباء أنفسهم. والمرضى يجهلون تماماً

ودائماً أمور تلك الحوافز أو العلاقات. المشــكلة الأخــرى للعلاوات هي أن الموظفين يبــدأون بالنظر إليها على أنها جزء معتاد ومتوقع من مرتباتهم، ومن الأرجح أن يؤدي عدم دفعها إلى انخفاض الروح المعنوية أو إلى تبعات أخرى أكثر سلبية.

متى تصبح القيود مفرطة ومبالغ فيها وتحرم المشتركين الخدمات التي هم بحاجة إليهــا؟ ومتــى تنتهك القيود مبادئ عدم الإضرار والإحســان؟ لا تســهل الإجابة على مثل تلك التســاؤلات لأنها تقترن باستعداد منظمة الرعاية المدارة -مدفوعةً بمديريها (الأفاضــل) الذيــن يعملون كوكلاء أخلاقيــين وكضمير المنظمــة- لتنفيذ الإجراءات الوقائية التي توازن التنافســية والعوامل المالية مع دعم مصالح المشــتركين وتعزيزها. حتــى عندما يبدي المديــرون وصناع القرار الإكلينيكي فضائــل الرحمة والمبالاة فقد تهيمن المبالغة الإعلامية والعملية السياســية على القرار الإكلينيكي كما حدث عندما سُنت قوانين تفرض التنويم في المستشفى لمدة (٢٤) ساعة للولادات الطبيعية.

القيود الأخرى في منظمات الرعاية المدارة:

بالإضافة للقيود المتعلقــة بالأطباء، يوجد أنواع أخرى من القيود في تنظيم وإدارة منظمات الرعاية المدارة، فقد تكون المنظمة بطيئة في إقرار استخدام عمليات وإجراءات وتقنيات أو معدات جديدة ترفع التكاليف، بســبب اســتخدام عملية معقدة (مثل كثرة اســتخدام اللجان وطبقات عديدة من المراجعة)، وغالباً ما توجد مثل تلك التعقيدات فــي المنظمات غيــر الربحية أكثر مما توجد في المنظمات الاســتثمارية، ومن الأرجح أن تكون التعقيــدات في المنظمات غير الربحية نتيجة درجة أعظم من الديموقراطية لا من جهد متعمد لتقليص إمكانية الوصول إلى الخدمة إلا أن التأثير متشــابه. أما المنظمات الربحية فتســتخدم هرماً إدارياً أضيق مما يعطي الرئيس التنفيذي ســلطةً أكبر وبالتالي كفاءةً أكثر.

قد تحجم منظمات الرعاية المدارة عن شراء معدات ذات تقنية مرتفعة أو أنها قد تتعاقد مع أطباء ومستشــفيات لا تملك مثل تلك المعدات، فعلى ســبيل المثال، التكلفة التشــغيلية للمستشفيات التعليمية تضعها في وضع تنافسي غير مؤات مما يعني عدم احتمال تعاقد منظمات الرعاية المدارة معها وهي إستراتيجية تخفض تكاليف المنظمة، فإن كانت التكاليف المنخفضة تدعم السلامة المالية وتضمن استمرار إتاحة الخدمات للمشتركين تكون مصالح جميع الأطراف متطابقة، ولكن ينشأ التضارب بين المشتركين الذين كان لهم أن يستفيدوا من الوصول إلى التقنية.

ضبط إمكانية الوصول إلى الخدمة والتحكم فيها مثل استخدام أطباء الرعاية الأولية كقيمين أومديري حالات للحد من استخدام الرعاية التخصصية، وتقييد استعمال الخدمات خارج التغطية التأمينية وتحديد سقف مالي للإحالات والاستشارات، يساعد منظمة الرعاية المدارة على ضبط التكاليف وخفضها، إلا أنه على المنظمات العاملة في بيئات تنافسية تأكيد حصول المشتركين الذين يحتاجون الخدمات عليها (أو على الأقل خلق الانطباع بحدوث ذلك)، كي لا يفقدوا حصتهم في السوق. بالإضافة إلى ذلك تحدث ضوابط غير مباشرة أو ارتجاعية على الوصول إلى الخدمة باستخدام مراجعة الاستعمال الذي يجرى على أنماط استهلاك الأطباء لموارد أنواع مختلفة من الخدمات، مع تركيز خاص على الموارد مرتفعة التكلفة. إلا أن الضوابط قد تعرض المنظمة لدعاوى قضائية بالإهمال الطبي والسمعة السلبية إذا أدرك المشتركون أن الحد من الوصول إلى الخدمة وتقليص الاستعمال ينتج مخرجات سيئة.

تم تقصي عدم الرضا المتعلق بإمكانية الوصول إلى العلاج في دراسة للمشتركين في الرعاية المدارة من المرضى غير المسنين، فكانت نسبة المشتركين الذين واجهوا مشكلات في الحصول على الخدمة تقريباً ضعف مرضى الرسوم مقابل الخدمة (٢٢٪ مقابل ١٣٪) حيث أفادوا أنهم واجهوا مشكلات كبيرة في الحصول على المعالجة التى اعتقدوا أو اعتقد طبيبهم أنها ضرورية، كما واجهت مجموعة الرعاية المدارة صعوبات أكبر (٢١٪ مقابل ١٥٪) في مراجعة اختصاصي خلال السنة الماضية عندما احتاجوا إلى رعايته[٩]، تدعم مثل تلك البيانات الانطباعات السردية المنتشرة بأن هناك تبادلاً بين الجودة والتكلفة في الرعاية المدارة، بالإضافة إلى أن وسائل الإعلام تنشر بانتظام قصصاً مرعبةً تصف رفضاً مزعوماً للرعاية (عادةً التخصصية) للمشتركين الذين ينتهي بهم المطاف إلى المعاناة من اعتلالات شديدة أو الموت. لا يخفى على المرضى مشكلة العلاقة بين مصدر الدفع وتوفر الخدمات، إذ لدى مرضى التعويض في نظام الرسوم مقابل الخدمة مستويات أعلى من الثقة في أطبائهم من المرضى الذين يعمل أطباؤهم في بيئات بمرتب، أو الرسوم مقابل الأشخاص أو الرعاية المدارة بنظام الرسوم مقابل الخدمة[١٠]. يرى بعض المفسرين اختلافاً كبيراً في الالتزام الأخلاقي بين منظمات الرعاية المدارة إن كانت ربحية أو غير ربحية[١١].

تقليص تضارب المصالح والتضاربات الأخرى:

كيف تمنع منظمات الرعاية المدارة ومديروها تضارب المصالح أو تقلصه؟ الخطوة الأولي التي لا غنى عنها ويجب اتخاذها هي الاستعداد للاعتراف والتسليم بأن ازدواجية

المصالح هي أمر متأصل في العلاقات بين منظمات الرعاية المدارة والمشتركين، وبين الأطباء والمنظمات، وبين المشتركين والأطباء، ويمكن العلم بوجود الشيء من اجتنابه أو تقليصه. كما يتضح أيضاً أن لطرف ثالث آخر مصالح مشروعة في مواجهات الطبيب بالمريض، ولكن مع تزايد مطالبات الجهة الثالثة للمعلومات والتحكم «ينبغي للأطباء إعادة تقييم سلطتهم الأخلاقية وكذلك سلطة مرضاهم»[١٢]، و بدون تعاون مديري الخدمات الصحية الفعال يستحيل أداء تلك المهمة.

كما يلزم نظام من المراجعة والتوازن (checks and balances) لضمان عدم سيطرة جهة بعينها، ويشمل أحد الحلول "محقق الشكاوى" (Ombudsman) أو أخصائي علاقات العملاء لمساعدة المشتركين، بالإضافة إلى ذلك ينبغي وجود الإجراءات القانونية العادلة (due process) للذين يرغبون في إعادة النظر في حكم أو قرار ما. على منظمات الحفاظ على الصحة المؤهلة فدرالياً وضع إجراءات فعالة لشكاوى المشتركين، ويوفر هذا الاشتراط بعض الحماية، ولكن لكي يكون هذا الاشتراط فعالاً على المشتركين أولاً معرفة وإدراك حدوث مشكلة أو خلل ما، فيصبح عدم المعرفة إشكالياً خاصةً عند بروز مشكلات طفيفة غير ملموسة تتعلق بجودة الرعاية. يكون المشتركون محميين إذا استطاعوا المشاركة بفعالية وإذا كانت الادارة مستنيرةً وكانت ثقافة وتعليم الموظفين ومواصفاتهم الشخصية كافيةً ومناسبة.

قد تستخدم منظمات الرعاية المدارة الطبيب المدير أو مفهوم القيم في الوصول إلى الخدمات (gatekeeper) للحد من الخدمات المقدمة للمشتركين، ومما لا شك فيه أن مثل تلك الاحتياطات تؤدي إلى التضارب بين التزامات الأطباء الأخلاقية لرعاية مصالح مرضاهم والتوقعات الاقتصادية والقيود التي تفرضها عليهم المنظمة"[١٣]. تمكن المراجعات الداخلية لبيانات استعمال الخدمات -في منظمة الرعاية المدارة أو المقارنة مع بيانات خارجية لمنظمات مشابهة- الإدارة من تحديد ما إذا كان الاستعمال في المدى المقبول، وتنبه تلك المقارنات المديرين للمشكلات في تقديم الخدمات التي قد تنتج عن ازدواجية في المصالح. إذ إن معرفة كيفية بروز تضارب المصالح تساعد على منعها وتجنب حدوثها أو تقليص تأثيراتها، وتلك النشاطات ضرورية لكي يتمكن المديرون من الوفاء بالتزاماتهم الأخلاقية نحو المشتركين.

إن استخدام مزيج من الأطباء الموظفين في المنظمة (على أساس الراتب) مع أطباء تطوعيين بنظام الرسوم مقابل الخدمة يثير عدداً من المشكلات الصعبة.

استمرار مشكلات أنماط الممارسة:

سيدر سيناي هو مستشفى عام بأربعمائة سرير يقع في مدينة كبيرة على الساحل الشـــرقي للبلاد ويشتهر بجودة الرعاية وانخفاض التكلفة فيه، ويضم الطاقم الطبي فيه أطباء حازوا على الزمالة ويعمل معظمهم في عيادات خاصة منفردة، أو يشـــترك فيها طبيبان أو ثلاثة، ولا يرتبط بالمستشـــفى ممارســـاتٌ جماعية (group practice) لتخصص منفرد أو عدة تخصصات، وتقوم الإدارة وحاكمية المستشـــفى بتولي شؤون الطاقم الطبي بحذر واعتدال.

في عام (١٩٨٧م) أسســـت منظمة كبيرة للحفـــاظ على الصحة في الشـــاطئ الغربي فرعاً لها بالمدينة تنامى بسرعة كبيرة. وبسبب سمعة المستشفى الطيبة أصبح من كبار مقدمي الخدمة للمنظمة، ومنح العديد مـــن الأطباء الموظفـــين في المنظمة امتياز تنويم المرضى في المستشـــفى بحيث أصبح حوالي (٢٠٪) من أيام التنويم في المستشـــفى للمشـــتركين في المنظمة.

على إثر مراجعة لأنماط الاستعمال في منظمة الحفاظ على الصحة، لاحظ مستشار من الشـــاطئ الغربي اختلافاً كبيراً في أيام التنويم لكل ألف من المشـــتركين بين فرعي المنظمة في الشـــاطئ الشرقي والشاطئ الغربي، فطلب من مدير المنظمة الطبي تقدير عدد أيام الرعاية وبالتالي المبالغ التي يمكن توفيرها بتبني مستوى استعمال فرع الشاطئ الغربي.

بلغت أخبار تلك الدراســـة مديرة سيدر سيناي التنفيذي التي أقلقتها مضامين ذلك، فكانت تعلم أن خفض فترة الإقامة - بأي مدة ملموســـة، بتوجيه أنماط الاســـتعمال نحو تجربة الشـــاطئ الغربي - سوف يرسل أمواجـــاً من الصدمات بين معظـــم أعضاء الطاقم الطبـــي من الأطباء التطوعيين بنظام الرسوم مقابل الخدمة، الذين يعتقدون أصلاً أن أطباء المنظمة (الموظفين على أســـاس الراتب) لا يستعملون الخدمات بالقدر الكافـــي، وقد ينتـــج عن ذلك التفاوت في أنماط اســـتعمال أيام المريض (patient days) قـــرارٌ من قيـــادة الطاقم الطبي لديها بعدم إعادة تعيين الأطباء الموظفين في منظمة الحفاظ على الصحة في طاقم المستشـــفى

الطبـــي لأن الأطباء المتطوعين يرون أن فتـــرة الإقامة أقصر مما يجب، وأنها تعرض المرضى للاعتلال والموت.

تواجـــه المديـــرة التنفيذية معضلة أخلاقيـــة حقيقية فعليها واجب الـــولاء (التزام الوكالة) نحو المستشفى ولكن عليها أيضاً واجب الإحسان للمرضى الذين يعالجون في المستشـــفى وللمرضى المحتملين في المجتمع. وستؤثر تصادمات الطاقم الطبي سلبياً على وضع المستشفى المالي.

ومـــع ذلك فـــإن خفض فترة الإقامـــة المتناغم مع جودة الرعاية وســـلامة المرضى ورضاهـــم هو أمر مرغـــوب ومطلوب من وجهة نظر كل مـــن المرضى والدافعين ويفي بمســـؤوليات المستشفى الاجتماعية أيضاً، وقد تحقق التحركات التطورية نحو تقصير فترة الإقامة بالمستشـــفى احتياجات كلا الطرفين ولكـــن لا يحتمل أن يعده أيٌ منهما مرغوباً.

توفير التكاليف على المدى الطويل للرعاية المدارة:

حتى هذه اللحظة تحقق توفيرالتكاليف الســـهل من الرعاية المدارة، إذ يعكس ذلك جزئياً معدل تضخم الخدمات الصحية المنخفض خلال التسعينات من القرن الماضي. لقـــد تم اقتطاف الفاكهة المتدلية، فالتوفير أساســـاً كان نتيجة مدفوعات أقل لمقدمي الخدمـــات، بدعم الدافعين الآخرين للتخفيضات الكبيرة التي طلبتها ونالتها منظمات الرعايـــة المدارة، ولولا وجود الدعم التبادلـــي (cross-subsidies) (حيث يدعم توفير مجموعـــة إنفاق مجموعة أخرى) لما اســـتطاعت الرعاية المـــدارة أن تتلقى ما وجدت من التســـعير الجيد ولما اســـتطاعت ان تحقق التوفير، فعلى سبيل المثال، ضاعفت في التسعينات يو إس هلثكير وهي منظمة كبيرة للحفاظ على الصحة هامش ربحها خلال ســـنتين بخفض الرسوم المدفوعة للأطباء والمستشـــفيات من (١٢٪-٢٠٪) لا بتحسين الإنتاجية أو الجودة[١٤].

صرح مكتـــب ميزانية الكونغرس فـــي تقرير له عـــام (١٩٩٥م) أن «أكثر منظمات الحفـــاظ علـــى الصحة كفاءةً خفضت اســـتعمال المرضى للخدمـــات بواقع (١٩,٦٪) مع تقديم مســـتوى من الرعاية يماثل تقريباً الأنـــواع الأخرى من التأمين»[١٥]، ويتناقض ذلـــك التصريـــح ظاهرياً، وتعتمد دقته علـــى كيفية تعريف الخدمـــات والرعاية، وقد حـــدد مكتـــب الميزانية تحذيريـــن كان أحدهما أن النتائج تنطبـــق فقط على نموذجي الموظفين والمجموعـــات من منظمات المحافظة على الصحـــة اللذين يوظفان الأطباء،

ولم يحقق نموذج اتحاد الممارسة الطبية المستقلة – وهو رائجٌ بين المشتركين – توفيراً مماثلاً، وكان التحذير الثاني أنه لو اشترك جميع المؤمن عليهم في نماذج الموظفين والمجموعات من منظمات المحافظة على الصحة لن تنخفض تكاليف الرعاية الصحية بمقدار (١٩,٦٪)، فتكاليف الإدارة وقرارات التسعير ورسوم الأطباء والمستشفيات تكون هي الأخرى عوامل في الموضوع. كما شككت الدراسة فيما إذا كان نجاح الرعاية مسبقة الدفع -بين الأشخاص الأصغر سناً والأفضل صحةً نسبياً ممن يميلون لاختيار الانضمام إلى منظمات الحفاظ على الصحة- يمكن تكراره مع الأشخاص الأكثر اعتلالاً الذين يميلون لاختيار نظام الرسوم مقابل الخدمة. وكان من أهم العوامل المجهولة هي المبالغ التي دفعها المشتركون مباشرةً مقابل الخدمات الصحية التي لم يغطها التأمين مثل الحصول على إحالة إلى أخصائيين.

كان التنافس المدبر حجر الزاوية لبرنامج كلينتون الصحي عام (١٩٩٣م) وفي هذا السياق كانت عبارة «مدبر» تلطيفاً واستعارةً لعبارة «الضبط والسيطرة الحكومية»، كما كانت «منظمات الرعاية المعرضة للمساءلة والمحاسبة» في خطة أوباما للرعاية الصحية التي أقرت عام (٢٠١٠م) مماثلةً لها في المفهوم والتأثير، حيث إذا تم تخصيص رزمة الخدمات الأساسية ووضع مقدمي الرعاية تحت التدقيق والرقابة الحكومية فبالإمكان تحقيق بعض التوفير ولكن على المدى القصير فقط، سيضطر مقدمو الرعاية إلى تحمل تكاليف اقتصادية كبيرة ويتحمل المستفيدون تكاليف أخرى – غير اقتصادية وخاصةً على المدى الطويل، إضافةً إلى ذلك فإن سقف الإنفاق الحتمي – كما في نظام الصحة الوطني البريطاني أو في نظام الميزانيات الشاملة في كندا – سيؤدي بلا شك إلى تقليل إمكانية الوصول إلى خدمات الإحالة والعمليات مرتفعة التقنية والتكلفة.

في أواخر التسعينات الماضية وأوائل الألفية الثالثة رفعت منظمات الرعاية المدارة أقساطها بشكل ملحوظ، وفي عام (٢٠٠٤م) توقع ارتفاع صافي الدخل (١٦٪) إلى (٦) بليون دولار ريع حوالي (٢٢٥) بليون دولار[١٦]، التي أنتجت هامش ربحي أقل من ثلاثة في المئة. وفي عام (٢٠٠٨م) كانت الأرباح كنسبة من دخل تأمين الرعاية الصحية والرعاية المدارة (٢,٢٪)[١٧] فقط.

عدا فرض الرسوم على الشخص، تعتمد قدرة منظمات الرعاية المدارة في خفض أو حتى احتواء التكاليف في المستقبل على مدى قدرتها على «تدبر الرعاية» ومن الأرجح أن تكون الحوافز والروادع المالية للمشتركين ذات أهمية كبيرة. فقد كانت

أدلة الممارسة الإكلينيكية وإدارة المرض وضبط الاستعمال والحوافز والروادع المالية للأطباء ولمنظمات الخدمات الصحية خطوات مرحلية في تطور الرعاية المدارة، التي هي بدورها قد تكون نقطة مرحلية في التقدم نحو التعاقد المباشر بين أرباب العمل ومجموعات ومقدمي الرعاية الآخرين وبالتالي إلغاء الوسيط[18].

إلا أنه في المحصلة النهائية يجب أن تصبح «الرعاية المدارة» «الحياة المدارة»، فأفضل وسيلة لاحتواء تكاليف الرعاية الصحية هي بتخفيض المخاطر الصحية مما يعني بلا محالة التأثير في أساليب الحياة، وقد تكون مبادرات أساليب الحياة اقتصادية مثل فرض رسوم أعلى على الأشخاص الذين يمارسون عادات غير صحية، أو طبية مثل تقصي الأمراض المبكرأو إلغاء اشتراكات غير الممتثلين، أو قد تكون قانونية مثل ممارسة مقدمي الخدمة أو منظمات الرعاية المدارة للضغوط لسن القوانين التي تعزز النشاطات الصحية أو تحد من غير الصحية[19]. وفي مراحله النهائية سيجلب لنا هذا التطور علاقة أورولية (على نمط الروائي جورج أورويل والأخ الأكبر الذي يراقب كل شيء) مع منظمات الرعاية المدارة، حتى آنذاك فإن تأجيل الموت من الأمراض التي يمكن تجنبها سيؤدي بأشخاص أكثر إلى موت بطيء طويل الأجل من الأمراض المزمنة وخاصةً تلك الناتجة عن أسباب متعلقة بالجهاز العصبي، مما سيؤدي إلى ارتفاع تكاليف نظم الخدمات الصحية الإجمالية لا انخفاضها.

الخاتمة:

جلبت البيئة التنافسية في حقل الخدمات الصحية معها الانطباع بأن التسويق أمرٌ ضروري، وقد مارسته تقريباً جميع منظمات الخدمات الصحية خلال الثمانينات الماضية، على الأقل بمستوى تميز الاسم ومعرفة المنظمة. وقد أثارت قضية التوجه نحو التسويق - على الأقل لدى المنظمات غير الربحية - مجموعةً من القضايا الأخلاقية، التي بدأت بالتساؤل الأساسي عن مدى لياقة وملاءمة التسويق بحد ذاته، ثم امتدت إلى قضايا مثل خلق الطلب والتمييز بين أنواع مختلفة منه.

يستجيب الأطباء لقيود الدافعين من الطرف الثالث ومنظمات الرعاية المدارة بإحدى وسيلتين، فقد اعترف أكثر من ثلث الأطباء أنهم خدعوا شركات التأمين لمساعدة المرضى بالمبالغة في شدة المرض لكي يمكن تنويم المرضى مدةً أطول، أو أنهم يستحصلون رسوم تشخيصات غير صحيحة ويرفعون تقارير بأعراض وهمية، ويستسيغ أكثر من نصف الأطباء تلك الممارسات المخادعة[20]. ويشير اعتقاد الأطباء بضرورة خداع الدافعين من الطرف الثالث والمخاطرة بجزاءات مدنية وجنائية إلى وجود مشكلات

جوهرية في نظام المدفوعات هذا. والوسيلة الثانية التي يستجيب فيها الأطباء هي رفضهم المشاركة، فقطعوا ارتباطاتهم مع شركات التأمين وطلبوا من المرضى الدفع مباشرةً مقابل خدماتهم ثم طلب التعويض لاحقاً من شركة التأمين، زج هذا بالمرضى بين الطرفين وأرغم الدافعين على إعادة النظر في سياساتهم وعلاقاتهم مع الأطباء[21]، وقد قرر بعض الأطباء التقاعد مبكراً أو ترك الممارسة الإكلينيكية بالكامل[22]، وهذه المشكلات تستدعي الحل العاجل وبخاصة لأن هذه الظاهرة تتسارع.

ترى المستشفيات التي تترنح تحت عبء جبال من الرعاية غير المدفوعة أن توفر خدمات مدفوعة أفضل، كوسيلة لتعويض الخسائر، وقد أصبحت عبارة «لاهامش لا رسالة» التبرير دائم التكرار حتى أصبح مبتذلاً، وعلى المستشفيات السليمة مالياً أن تسأل نفسها ما إذا كانت تفي بالواجب العام تحت مبدأ العدالة إن هي وفرت خدمات غير مربحة ولكنها ضرورية وتنفع المجتمع ككل.

كما هو حال جميع النشاطات التي تتخذها منظمات الخدمات الصحية توفر الفلسفة وبيان الرسالة بيئةً أخلاقيةً للتسويق، وعلى المديرين تطبيق الفضائل كالأمانة (honesty) والصراحة (candor) والموثوقية (الجدارة بالثقة) (trustworthiness) والرحمة (compassion) في عمليات المنظمة التسويقية، ويشير مبدأ العدالة إلى ضرورة التركيز والانتباه إلى المجموعات والحالات الطبية التي يستهدفها التسويق، وتواجه منظمات الخدمات الصحية الأخرى غير الرعاية المدارة المشكلات الأخلاقية ذاتها.

ينبغي لمديري الخدمات الصحية أن يقرؤوا بين السطور وأن يرتابوا في ادعاءات أن أدويةً معينة هي علاجٌ شامل، كما يجب أيضاً التحقق من نتائج الدراسات والبحوث والتشكيك فيها وخاصةً الدراسات التي تعمم نتائج عينة أو مجموعة صغيرة على المجتمع بأكمله، كما يجب على الجميع اتخاذ الحيطة والحذر من التعميمات وعدم التحديد، وكما في الحياة إذا كان شيءٌ أفضل من أن يصدق فلا تصدقه.

يجب أن تقيم لجان الأخلاقيات المنظمية بطريقة مستقبلية استباقية، وأيضاً بأثر رجعي القضايا الأخلاقية التي تثار في التنافسية والتسويق والرعاية المدارة، وعليها مراجعة المضامين الأخلاقية للتنافس على المرضى والمنظمة والمجتمع، ويجب فهم مبادرات التسويق ونتائجها من منظور أخلاقي، وخاصةً فيما يتعلق بخلق الطلب والأمانة والوفاء بالوعد المرتبطين بذلك. لا غنى عن لجان الأخلاقيات في مراقبة الرعاية ومخرجاتها لتوفير الضمان بأن المرضى -في الرعاية المدارة وكذلك في فئات الدفع الأخرى- يتلقون نفس مستويات الرعاية ذات الجودة العالية.

الهوامش:

1. Researchers: Risky heart attack therapy often unneeded. (1998, June 17). CNN Interactive. Retrieved January 12,2004,from http://www.cnn.com/HEALTH/980617// mild.heart.attacks.

2. Anthony T. Corcoran, Pamela B. Peele, & Ronald M. Benoit. (2010). Cost comparison between watchful waiting with active surveillance and active treatment of clinically localized prostate cancer. Urology 76(3), pp. 703–707.

3. John J. Hanlon & George E. Pickett. (1990). Public health: Administration and practice (9th ed., p. 4). St. Louis: Times Mirror/Mosby College Publications.

4. American Hospital Association. (2010, September 11). SHSMD advisory: Principlesand practices for marketing and communication in hospitals and health systems. Retrieved March 4, 2011, from http://www.shsmd.org/shsmd/resources/mar ketingcommunicationsadvisory.pdf.

5. Pam Belluck. (2009, May 25). Webcast your brain surgery? Hospitals see marketing tool. New York Times. Retrieved December 6, 2010, from http://www.ny times. com/200925/05//health/25hospital.html?_r=1&scp=1&sq=webcast%20 your%20 brain%20surgery?&st=cse.

6. Gienna Shaw. (2010). Marketing: Are social media's rewards worth the risks? HealthLeaders Media. Retrieved March 4, 2011, from http://www.healthlead ersmedia.com/content/235746/topic/WS_HLM2_MAG/Marketing-Are-So cial-Medias-Rewards-Worth-the-Risks.html.

7. Peter Wehrwein. (1998, June). The big squeeze. Managed Care Magazine. Retrieved January 2, 2004, from http://www.managedcaremag.com/archives /98069806/. squeeze.shtml.

8. American Medical Association. (2001, June). AMA code of medical ethics. Retrieved December 10, 2010, from http://www.ama-assn.org/ama/pub/physi cian-resources/ medical-ethics/code-medical-ethics/principles-medical-ethics .shtml.

9. Sick patients not fond of managed care plans. (1995, October). Medical Ethics Advisor, p. 133, citing findings of a study conducted by the Harvard University School of Public Health.

10. Halina Brukner. (2001, February 15). Only human? The effect of financial productivity incentives on physicians' use of preventive care measures. American Journal of Medicine 110(3), pp. 226–228.

11. Allen Buchanan. (1998, August). Managed care: Rationing without justice, but not unjustly. Journal of Health Politics, Policy and Law 23(4), pp. 616–634.

12. Warren L. Holleman, David C. Edwards, & Christine C. Matson. (1994, Summer). Obligations of physicians to patients and third-party payers. Journal of Clinical Ethics 5(2), p. 120.

13. Edmund D. Pellegrino. (1994, Fall). Managed care and managed competition: Some ethical reflections. Calyx 4(4), p. 3.

14. Steven Findlay. (1994, October). The managed care dilemma. Business and Health, p. 66.

15. Spencer Rich. (1995, March 19). Study finds savings in some HMOs. Washington Post, p. A5.

16. Evan Pondel. (2003, October 22). HMO profits rising again; premium increases may fuel 16% gain. Daily News of Los Angeles. Retrieved March 5, 2011, from http://www.consumerwatchdog.org/story/hmo-profits-rising-again-premium -increases-may-fuel-16-gain.

17. Top industries: Most profitable. (2009, May 4). CNNMoney.com. Retrieved January 8, 2011, from http://money.cnn.com/magazines/fortune/fortune500/2009/performers/industries/profits/.

18. Wehrwein.

19. E. Haavi Morreim. (1995, November/December). Lifestyles of the risky and infamous: From managed care to managed lives. Hastings Center Report 25, pp. 5–6.

20. Doctors say they deceive insurers to help patients. (2000, April 12). Washington Post, p. A11; Ellen Goodman. (2000, April 15). Medical civil disobedience. Washington Post, p. A21. When third-party payers find physicians mischaracterizing services, they change the rules. In turn, physicians become more clever at finding ways to provide the services their patients need. This is a war of escalation between payers and physicians that leads from one deception to another.

21. Julie Appleby. (2000, July 20). Frustrated doctors rebel against insurers. USA Today, p. 1B.

22. Yuki Noguchi. (2003, December 23). No heart for the business: A cardiologist learns that fixing broken hearts is a tough way to make a living these days. Washington Post, p. F1.

الفصل الثالث عشر

الأخلاقيات في تحصيص الموارد

القضايا الأخلاقية جزء لا يتجزأ من قرارات تحصيص الموارد، سواءً كان تحصيص الموارد يؤثر في سكان و مجموعات (التحصيص الكلي) أو في أفراد (التحصيص الدقيق) ويتعلق بصنع الخيارات، خيارات تصنع على أساس معايير صريحة أو ضمنية. يستخدم بعض المديرين معايير شخصية غير موضوعية مثل القيمة الاجتماعية والفائدة للمجتمع والاحتياج، ويستعمل آخرون معايير أكثر موضوعية مثل الاختيار بواسطة اليانصيب أو الاصطفاف في الدور أو القدرة على الدفع بعد تحديد الاحتياج الطبي، ويقع أساس كلا المعيارين في بيانات القيم والفلسفة حول الأشخاص والمجتمع، رغم أنها تكون -عادةً- ضمنية وقد لا يدركها تماماً صناع القرار.

يستخدم صناع القرار أساليب وأدلة مختلفة في تحصيص الموارد، غالباً تصنع القرارات الحكومية على أساس دوافع اقتصادية وسياسية، وكما هو الحال في الحكومات توظف منظمات الخدمات الصحية مديرين وإكلينيكيين في صنع قرارات التحصيص الكلي، ولكن التحصيص الدقيق في الخدمات الصحية يعنى بصنع قرارات عن علاجات إكلينيكية للأفراد ويشارك في ذلك بدرجة أقل مديرون غير إكلينيكيين. من الجوانب المهمة في صنع قرارات التحصيص الدقيق استعداد الطبيب لإحالة المريض، والإمكانية الجغرافية والاقتصادية لوصول المريض إلى الخدمات والتقنيات، ورغبة المريض في العلاج. غالباً ما توجه القرارات على المستوى الدقيق وربما تصاغ مسبقاً من خلال قرارات التحصيص الكلي التي اتخذتها المنظمة (أو الحكومة)، علماً أن موازنة الموارد و تدبرها بدقة من أهم أبعاد كلا الأسلوبين الكلي والدقيق، وقد أدى التركيز على الأخير إلى جهود للحد من استعمال الموارد الإكلينيكية عندما لا يوجد أمل معقول في المنفعة.

كما أشرنا في الفصل الأول، يقيم النفعيون أخلاقية فعل ما من خلال تقدير النتائج المحققة وتحديد المسار الذي يحقق أكبر قدر من النفع لأكبر عدد من الناس، ويتبع هذا النهج أيضاً الاقتصاديون والمديرون في تحليل منفعة التكلفة. إلا أن تطبيق معايير النفعية ماهو إلا إجابة جزئية، لأن هذا الأسلوب الضيق المحدود يتجاهل اعتبارات الاحتياج الإنساني والإنصاف والعدل، والتي يدرك مديرو الخدمات الصحية أهميتها.

التحصيص الكلي:

طُورت نظريات محددة للدلالة على كيفية حدوث التحصيص الكلي أو كيف ينبغي أن يكون؟ ومفهوم أحقية الرعاية الصحية بارز في العديد من تلك النظريات. ومن الأراء المتطرفة ما يعرف بالمساواتية المفرطة (hyper egalitarianism) الذي يؤكد ضرورة توفر جميع العلاجات لجميع الأشخاص الذين هم بحاجة إليها، واستكمال ذلك هو أن العلاجات التي لا تتاح للجميع لا تتاح لأحد، وهذه النظرية هي تعبيرٌ مبالغ فيه لمبدأ احترام الأشخاص ويدعو المجتمع أن يدرك الحق الطبيعي للخدمات الصحية المتساوية، إذ يتضمن توفير مستويات مختلفة من العلاج أن يمنح بعض الأشخاص -في واقع الأمر- احتراماً أقل مما يمنح لآخرين، والاحترام المتساوي يعني تلقي خدمات صحية متساوية بما يتوافق مع الاحتياج، وإذا تعذر تحقيق ذلك الشرط لا يجب أن يتوفر العلاج لأحد.

وعلى الطرف المناقض هناك الذين يؤكدون أن الخدمات الصحية هي امتياز وليست حقاً يضمنه المجتمع، وهذا الموقف الفرداني المفرط يرى أن مقدمي الخدمات الصحية مثل الأطباء لا يفرض عليهم الالتزام الأخلاقي أن يقدموا الخدمات، وعند تقديم الخدمات فهم يفعلون ذلك بمحض إرادتهم وغرائزهم الإنسانية، ويجادل الفردانيون المفرطون بأنه لو كانت الرعاية الصحية حقاً لأُلزم مقدمو الرعاية بتقديم الخدمات، والالتزام (واجبٌ) بتقديم الخدمات ينتقص حرية وكرامة مقدمي الرعاية، ولا يعترف بقيمتهم وأهميتهم المتأصلة كبشر؛ وبالتالي فهو ينتهك الاحترام الذي يستحقونه.

يقع بين هذين القطبين المتطرفين الموقف المنادي بأن على المجتمع واجب المساعدة في تطوير وتشجيع وتوفير الخدمات الصحية، وقد جادل (فرايد) (Fried) بأن الخدمات الروتينية الأساسية يجب أن تتاح للجميع وهو ما يعرف "بالحد الأدنى الكافي" (decent minimum)[1] وما فوق هذا الحد يسمح هذا المفهوم للأشخاص بشراء خدمات إضافية حسبما تسمح به الموارد والرغبة. قارن هذه الطريقة مع برنامج تأمين أوريغون هلث بلان الذي يوفر إمكانية متساوية في الوصول إلى خدمات محددة لمن يغطيهم برنامج مديكيد الفدرالي، ويضع الخدمات الصحية على قائمة أولويات يدفع مقابلها بما تسمح به الميزانية المعتمدة من المجلس التشريعي، وفي واقع الأمر هذا يحدد ويقنن الخدمات، وضمنياً يستخدم أسلوب المساواتية المفرطة التي يجادل مؤيدوها أنها تعني التضحية لبعض مستفيدي مديكيد، ولكن إمكانية متساوية إن لم تكن محدودة لوصول الجميع إلى الخدمات.

بصفـــة عامة الخدمـــات المذهلـــة (exotic) ذات التقنية المرتفعة محدودة بســـبب الموقـــع والتكلفة والإحالات وتتاح على أســـس مختلفة، ويحد صنع القرار السياســـي تلـــك الخدمات في البرامج التي يمولهـــا المال العام، كما تواجه مجالس إدارة ومديري منظمات الخدمات الصحية تســـاؤلات مماثلة في قرارات التحصيص الكلي، نموذجياً تطبق مبادئ الوفاء(بالوعد) والإحسان والعدالة إضافة إلى الفضائل المختلفة.

في المحصلة النهائية تنتج تلك القيم إجابات لتساؤلات مثل: من يحصل على ماذا؟ ومتى؟ وأين؟ وكيف؟ وتوجد تلك التساؤلات في قضايا كثيرة مثل هل يُبنى قسم جديد للعيادات الخارجية؟ ومتى يُشترى جهاز الرنين المغناطيسي؟ وكيف يوزع الموظفون على الأقســـام؟ تتطلب الإجابة على تلك التساؤلات اهتماماً حذراً بالاعتبارات الاقتصادية، وتمكن القدرة المالية المنظمة من تأدية رســـالتها وأحد جوانب تلك الرسالة الشائع بين منظمات الخدمات الصحية هو خدمة المحرومين اجتماعياً والمعدمين اقتصادياً.

توفر رسالة المنظمة وقيمها البيئة لقرارات التحصيص الكلي، وتشمل المعايير العامة التـــي يمكن تطبيقها: ١) الحاجة إلى وســـطاء (الطبيب و منطقة الخدمة) خارجيين، وأصحـــاب مصلحة داخليين (الموظفين والمتطوعـــين) وخاصة الخارجيين، و٢) الهدف لتحســـين وتوفير خدمات ذات جودة عالية بسعر تنافسي. ويفيد تحليل تكلفة المنفعة في قياس مرغوبية البرامج ولكن يجب أن يكون جزءاً من الغربلة العامة للمشاريع، ومن المحتمل أن يتقدم عدد من المقترحات لإنفاق التحصيص الكلي (مثل البرامج والمعدات والمباني) و تطبق الرسالة والقيم المنظمية للانتقاء النهائي من هذه القائمة.

جدوى تخطيط نشاط الدماغ الكهربائي.

تخطيـــط نشـــاط الدمـــاغ الكهربائـــي (brain electrical activity mapping-BEAM) تقنيـــة حديثة نســـبياً تســـتخدم لتصويـــر الدماغ وتزيد القدرة على تحديد موقع الاختلال كثيراً. للاســـتجابة للطلب من أخصائيي الأشعة الموظفين في المستشفى وأخصائيي الأعصاب المحليين بتوفيـــر هذا الإجراء وكذلـــك للتقارير الواردة فـــي أدبيات البحوث عن فائدته، قرر مستشفى المدينة تقصي إمكانية الحصول على ذلك الجهاز، وتشـــمل الخيارات المتاحة للمستشفى الاستئجار والشراء والتفاوض مع مستشفى المقاطعة القريب للمشاركة في الجهاز الذي اشتروه حديثاً.

مـن الأمثلة المعاصرة على قـرارات التحصيص الدقيق موضوع المسـتفيدين غير الأمريكيـين من نقل أعضاء تبرع بها أمريكيون، غالبـاً يأتي هؤلاء المرضى من بلدان تمنع فيها عوائق تقنية، أو تعاليم دينية، أو عادات اجتماعية أخذ الأنسـجة والأعضاء من المتبرعين، ويدفعون شـخصياً وبشـكل مباشـر من جيوبهم الخاصـة، وليس من مصادر خاصة أو عامة مقابل الرعاية في المستشـفيات الأمريكية؛ لذا تفضلهم مراكز نقل الأعضاء بسبب الدخل الإضافي. إضافةً إلى ذلك فهم عادةً على استعداد لتقبل أعضاء قد تكون "أقل حداثة" أو قد لا تكون نسـيجاً مطابقاً تطابقاً مثالياً، يثير نقل أعضاء أخذت من متبرعين في الولايات المتحدة إلى غير الأمريكيين قلقاً حقيقياً عن الأولويات في نظام ينتظر فيه المرضى الأمريكيون للحصول على الأعضاء فيما يتلقاها غير الأمريكيين.

طور جيمس تشـايلدريس ونيكولاس ريشـير[٥] (James Childress and Nicholas Rescher) نظريـات تحصيص العلاجـات المذهلة التي تنقذ الحياة، وتناولا مشـكلة كيفيـة صنع القرارات عن "من يحصل؟ على ماذا؟"، ورفض تشـيلدريس اسـتخدام المعايير الشخصية غير الموضوعية مثل الأهمية للمجتمع لأن مثل تلك المقارنات تحط من قدر المستفيد المحتمل للخدمة ولأنها تجري عكس الإيمان بالكرامة المتأصلة في كل إنسان، وموقفه "كانتي" (Kantian) لأنه يؤكد على الاحترام للأشخاص والاستقلالية المشـتقة من ذلك الاحترام، وجادل تشـيلدريس أن النظام الذي يرى جميع الأشخاص الذين هم بحاجة إلى العلاج متساوين يعترف بقيمة الإنسان وأهميته، ويرى أنه ما إن تحدد المعايير الطبية الاحتياج للعلاج وملاءمته يجب أن تتاح فرصة اسـتعمال العلاج المذهـل الذي ينقذ الحياة على أسـاس مـن يأتي أولاً يخـدم أولاً، أو بأحد إجراءات الانتقاء العشوائي كاليانصيب.

يتفق مع تشـيلدريس العلامة الأخلاقي البارز بول رامزي على مرغوبية اليانصيب أو سياسـة من يأتي أولاً يخدم أولاً التي تتجاهل الأحكام غير الموضوعية التي توجد في الأسـاليب الأخرى التي تعتمد على معايير معينة، ووجد رامزي في الوقت ذاته أن اللوائح غير المتحيزة والمحددة سلفاً والمعلنة والمبنية على الاحتمالات الإحصائية الطبية مقبولةٌ أيضاً. علماً أن وجهة النظر هذه تسمح مثلاً باستثناء مجموعات كصغار السن والمسنين من برامج ديلزة الكلى[٦]. يستخدم هذا النوع من معايير التحصيص الكلي في صنع القرارات في نظم الصحة المركزية في أوروبا.

بصفة عامة الخدمات المذهلة (exotic) ذات التقنية المرتفعة محدودة بسبب الموقع والتكلفة والإحالات وتتاح على أسس مختلفة، ويحد صنع القرار السياسي تلك الخدمات في البرامج التي يمولها المال العام، كما تواجه مجالس إدارة ومديري منظمات الخدمات الصحية تساؤلات مماثلة في قرارات التحصيص الكلي، نموذجياً تطبق مبادئ الوفاء(بالوعد) والإحسان والعدالة إضافة إلى الفضائل المختلفة.

في المحصلة النهائية تنتج تلك القيم إجابات لتساؤلات مثل: من يحصل على ماذا؟ ومتى؟ وأين؟ وكيف؟ وتوجد تلك التساؤلات في قضايا كثيرة مثل هل يُبنى قسم جديد للعيادات الخارجية؟ ومتى يُشترى جهاز الرنين المغناطيسي؟ وكيف يوزع الموظفون على الأقسام؟ تتطلب الإجابة على تلك التساؤلات اهتماماً حذراً بالاعتبارات الاقتصادية، وتمكن القدرة المالية المنظمة من تأدية رسالتها وأحد جوانب تلك الرسالة الشائع بين منظمات الخدمات الصحية هو خدمة المحرومين اجتماعياً والمعدمين اقتصادياً.

توفر رسالة المنظمة وقيمها البيئة لقرارات التحصيص الكلي، وتشمل المعايير العامة التي يمكن تطبيقها: ١) الحاجة إلى وسطاء (الطبيب و منطقة الخدمة) خارجيين، وأصحاب مصلحة داخليين (الموظفين والمتطوعين) وخاصة الخارجيين، و٢) الهدف لتحسين وتوفير خدمات ذات جودة عالية بسعر تنافسي. ويفيد تحليل تكلفة المنفعة في قياس مرغوبية البرامج ولكن يجب أن يكون جزءاً من الغربلة العامة للمشاريع، ومن المحتمل أن يتقدم عدد من المقترحات لإنفاق التحصيص الكلي (مثل البرامج والمعدات والمباني) و تطبق الرسالة والقيم المنظمية للانتقاء النهائي من هذه القائمة.

جدوى تخطيط نشاط الدماغ الكهربائي.

تخطيط نشاط الدماغ الكهربائي (brain electrical activity mapping-BEAM) تقنية حديثة نسبياً تستخدم لتصوير الدماغ وتزيد القدرة على تحديد موقع الاختلال كثيراً. للاستجابة للطلب من أخصائيي الأشعة الموظفين في المستشفى وأخصائيي الأعصاب المحليين بتوفير هذا الإجراء وكذلك للتقارير الواردة في أدبيات البحوث عن فائدته، قرر مستشفى المدينة تقصي إمكانية الحصول على ذلك الجهاز، وتشمل الخيارات المتاحة للمستشفى الاستئجار والشراء والتفاوض مع مستشفى المقاطعة القريب للمشاركة في الجهاز الذي اشتروه حديثاً.

من العوامل المهمة في اتخاذ مثل هذا القرار، عدم اليقين من تأثيرات تغيير أسلوب التعويض على دخل المستشفى. فهذه التساؤلات عن تعويض المستشــفى، والإنفاق الكبير المحتمل من رأس المال دفعت برئيس مجلس الادارة أن يطلب من المدير التنفيذي تشــكيل لجنة لتقييم الخيارات بما فيها التنازل عن إمكانية اســتخدام الجهاز بالكامل، سوف يستخدم ذلك التقييم لصنع القرار النهائي بين جهاز تخطيط نشــاط الدماغ وتوســعة قســم العناية الفائقة المقترح، وهو مشروع يدعمه الطاقم الجراحي بقوة وقد تم تأجيله مرتين.

أراد مجلــس الادارة أن يؤجل القرار علــى جهاز التخطيط حتى يتم استيعاب مضامين التعويض، ولكن العديد من الأطباء المعالجين صرحوا بــأن اختبارات التخطيــط موضوع حرج ويمس عمــل عياداتهم، وقالوا أنهم يفضلون الطاقم التمريضي بمستشــفى المدينة، ولكنهم سيجبرون على تنويم بعض المرضى في مستشــفى المقاطعة لكي يســتخدموا جهاز التخطيــط. وبرزت شــائعة بين الطاقم الطبي بــأن عدداً من الأعضاء البارزين ينوون تشكيل اتحاد لشراء وتشغيل جهاز تخطيط نشاط الدماغ وأجهزة تشخيصية أخرى في مجمع طبي تحت الإنشاء.

ما هي الجوانب المهمة في هذه الحالة؟ أولاً: التقنية الحديثة سوف تحسن الرعاية، ثانياً: ســيؤثر توفرها في وضع المنظمة المالي فتكاليف تشــغيل جهاز تخطيط الدماغ مرتفعــة، وتتجاوز عادةً تكاليف رأس المال خلال عدة ســنوات، كما تعقِّد أيضاً قضايا التعويــض الاعتبــارات المالية، وثالثاً: انقســم الأطباء حول الإنفــاق مما يضيف إلى تعقيدات سياسات الطاقم الطبي، ورابعاً: جهاز تخطيط نشاط الدماغ الكهربائي هو تقنيةٌ مكلفة؛ مما يجعل هذا القرار أكثر أهميةً وصعوبة.

نقطة البداية الواضحة في حل هذه المشــكلة هي مراجعة فلسفة المنظمة ورسالتها، فإن كانت رسالة مستشــفى المدينة هي خدمة المجموعات أو الاحتياجات الخاصة فقد يتمكن كل من تأمين جهاز التخطيط وإضافة قســم العناية الفائقة من اســتعمال الموارد بطريقة متســقة مع تلك الرسالة. وهل توجد استعمالات أفضل لتلك الموارد؟ ولا يمكن تســوية جميع القضايا المختلفة بســهولة، ولكن قد تساعد على ذلك إجراءات القرارات الداخليــة مثل «لجنــة الأخلاقيات» ولكن القرينة المتوقعة لصنع القرارات ســوف تكون فلسفة المنظمة، كما تنعكس في الخطة الإستراتيجية للمنظمة التي ناقشناها في الفصل

الثالث. إن متطلب التقنية الحتمي (الميل نحو استخدام التكنولوجيا المتقدمة) لا يوجد فقط في توفير الخدمات للمرضى كأفراد بل أيضاً في قرارات التحصيص الكلي.

في مثال آخر قررت الإدارة العليا لنظام مستشفيات ربحي إنفاق (٣،٨) مليون دولار لشراء تمثال فني، فيما ترفض دفع تكاليف زراعة القلب، وهذا قرار تحصيص كلي بتأثيرات جذرية في توفر الخدمات (تحصيص دقيق)، وقد استخدم التمثال لتزيين مكاتب الشركة الرئيسة[٣]، ولا يتوقع أحد أن تكون جدران المكاتب الرئيسية لشركة تقيم بمليارات الدولارات من الألواح الجصية وأرضياتها عارية، ولكن يبدو من الأجدر أن تقود فضيلة ضبط النفس قرارات الأشخاص في مثل تلك المواقف.

التحصيص الدقيق:

يفكر الناس عادةً بقرارات التحصيص الدقيق من منطلق العلاجات المذهلة التي تنقذ الحياة(exotic lifesaving treatment)، ولكن جميع الموارد الشحيحة تستدعي التحصيص وقد يكون ذلك الشح مرتبطاً بالوقت والظروف.

من يحصل على البنسلين:

في عام (١٩٤٣م) كان البنسلين عقاراً حديثاً وكمياته غير كافية بين القوات المسلحة الأمريكية في شمال أفريقيا، وكان يتنافس على استخدامه مجموعتان من الجنود الذين يعانون من عدوى جرثومية استجابت لعلاجه، وهما مجموعةٌ مصابةٌ بأمراض زهرية، وأخرى بجروح وإصابات قتال، ونصح كبير الجراحين أن تعطى الأولوية للجرحى، وأمرالقائد الطبي في ساحة العمليات العسكرية بإعطاء الأولوية للجنود المصابين بالأمراض الزهرية مجادلاً أنه بالإمكان إعادة الذين يشفون من الأمراض الزهرية إلى المعركة أسرع من غيرهم، كما أن تركهم بلا علاج يعرض الآخرين لخطر العدوى. كان القرار بإعطاء البنسلين للمصابين بالأمراض الزهرية قراراً ذرائعياً عملياً يتسق مع أخلاقية النفعية في وضع تكون فيه الأهداف محددةً بدقة[٤]، وهي تحقيق أكبر قوة قتالية بأسرع ما يمكن.

لا تكون معالجة الجنود المصابين بأمراض زهرية -حصرياً- الخيار الصحيح أخلاقياً إلا إذا طبق المعيار النفعي بإعادة أكبر عدد من الجنود إلى الجبهة بأسرع ما يمكن، وصنع هذا القرار بدون تقييم الأهمية النسبية للجنود الذين هم بحاجة للعلاج، ولا الطريقة التي آلوا بها إلى الاحتياج إليه.

مـن الأمثلة المعاصرة على قـرارات التحصيص الدقيق موضوع المسـتفيدين غير الأمريكيـين من نقل أعضاء تبرع بها أمريكيون، غالبـاً يأتي هؤلاء المرضى من بلدان تمنع فيها عوائق تقنية، أو تعاليم دينية، أو عادات اجتماعية أخذ الأنسـجة والأعضاء من المتبرعين، ويدفعون شـخصياً وبشـكل مباشـر من جيوبهم الخاصـة، وليس من مصادر خاصة أو عامة مقابل الرعاية في المستشـفيات الأمريكية؛ لذا تفضلهم مراكز نقل الأعضاء بسبب الدخل الإضافي. إضافةً إلى ذلك فهم عادةً على استعداد لتقبل أعضاء قد تكون "أقل حداثة" أو قد لا تكون نسـيجاً مطابقاً تطابقاً مثالياً، يثير نقل أعضاء أخذت من متبرعين في الولايات المتحدة إلى غير الأمريكيين قلقاً حقيقياً عن الأولويات في نظام ينتظر فيه المرضى الأمريكيون للحصول على الأعضاء فيما يتلقاها غير الأمريكيين.

طور جيمس تشـايلدريس ونيكولاس ريشـير[٥] (James Childress and Nicholas Rescher) نظريـات تحصيص العلاجـات المذهلة التي تنقذ الحياة، وتناولا مشـكلة كيفيـة صنع القرارات عن "من يحصل؟ على ماذا؟"، ورفض تشـيلدريس اسـتخدام المعايير الشخصية غير الموضوعية مثل الأهمية للمجتمع لأن مثل تلك المقارنات تحط من قدر المستفيد المحتمل للخدمة ولأنها تجري عكس الإيمان بالكرامة المتأصلة في كل إنسان، وموقفه "كانتي" (Kantian) لأنه يؤكد على الاحترام للأشخاص والاستقلالية المشـتقة من ذلك الاحترام، وجادل تشـيلدريس أن النظام الذي يرى جميع الأشخاص الذين هم بحاجة إلى العلاج متساوين يعترف بقيمة الإنسان وأهميته، ويرى أنه ما إن تحدد المعايير الطبية الاحتياج للعلاج وملاءمته يجب أن تتاح فرصة اسـتعمال العلاج المذهـل الذي ينقذ الحياة على أسـاس مـن يأتي أولاً يخـدم أولاً، أو بأحد إجراءات الانتقاء العشوائي كاليانصيب.

يتفق مع تشـيلدريس العلامة الأخلاقي البارز بول رامزي على مرغوبية اليانصيب أو سياسـة من يأتي أولاً يخدم أولاً التي تتجاهل الأحكام غير الموضوعية التي توجد في الأسـاليب الأخرى التي تعتمد على معايير معينة، ووجد رامزي في الوقت ذاته أن اللوائح غير المتحيزة والمحددة سلفاً والمعلنة والمبنية على الاحتمالات الإحصائية الطبية مقبولةٌ أيضاً. علماً أن وجهة النظر هذه تسمح مثلاً باستثناء مجموعات كصغار السن والمسنين من برامج ديلزة الكلى[٦]. يستخدم هذا النوع من معايير التحصيص الكلي في صنع القرارات في نظم الصحة المركزية في أوروبا.

لأسلوب ريشير شقين الأول مكرسٌ للانتقاء الأساسي ويطبق على مجموعات من المرضى المحتملين ويتكون من عوامل كالعملاء الذين تتم خدمتهم، والمنفعة للعلم، واحتمال النجاح حسب نوع المعالجة أو متلقيها. ويتعامل الشق الثاني مع الأفراد ويقيم العوامل الطبية (مثل احتمال النجاح النسبي والحياة المتوقعة)، ونواحي اجتماعية مثل دور الأسرة والإسهامات المستقبلية المحتملة والخدمات المقدمة سابقاً، وصرح ريشير أنه عند تساوي جميع العوامل تستخدم عملية انتقاء عشوائي للاختيار النهائي، وقد شكلت الجوانب الاجتماعية صعوبةً أكبر لريشير لأنها تعتمد بقوة على التقييمات غير الموضوعية إلا أنه رأى أنه من غير المنطقي صنع خيارات على أساس الحظ فقط بعد تحقق معايير الاختيار الطبي.

لكل من تلك النظريات في التحصيص الدقيق إيجابياتها وسلبياتها الأخلاقية والعملية على حد سواء، إذ يطور كل منها عمليةً رسميةً أو شبه رسمية تمكن المستخدمين من تناول القضايا والمشكلات بطريقة منظمة. رغم أن القرار قد لا يرضي الجميع توفر النظريات ميزة نظام محدد يوفر على الأقل الأطر التي يمكن من خلالها صنع القرار. على افتراض أن المعايير الطبية قد استوفيت فلا يمكن التنبؤ بفرص انتقاء الشخص لعلاج مذهل ينقذ الحياة (حسب تشيلدريس)، أو يمكن التنبؤ بها جزئياً (حسب رامزي) أو يمكن التنبؤ بها بالكامل تقريباً (حسب ريشير). كما تتوقف أسس الانتقاء - إلى درجة عالية - على معايير غير موضوعية (وفق نظرية ريشير) أو قد تكون مجرد مسألة حظ، ومن تلك الناحية فهي منصفة تماماً لجميع الذين يحتاجون إلى العلاج (وفق تشيلدريس) أو لجميع الذين يوافون معيار الاحتمالات الإحصائية الطبية (وفق رامزي).

الخيارات.

كان راندي غلين قد غفا عندما رن جرس الهاتف، وكان المتصل المشرفة الليلية على مركز ومستشفى الرعاية الشاملة الذي يشغل فيه غلين منصب المدير التنفيذي، وكانت منفعلة جداً وبالكاد يفهم كلامها ولكن اتضحت الرؤية بعد عدة دقائق، إذ تحقق أسوأ ما كان غلين يخشاه فقد كانت جميع أسرَّة قسم العناية الفائقة الأربعة مشغولة عندما وصلت حالة طارئة إلى المستشفى.

شرحت المشرفة الليلية أن المريضة الجديدة قد أصيبت في حادث سيارة، وأن حالتها مستقرة بعد معالجتها في قسم الطوارئ ولكن لا تتوفر

خدمات الإخلاء الطبي الجوي ولا إسعاف العناية الفائقة المتحركة، ومن المؤكـد أنهـا لن تنجو لو نقلت بوسـيلة أخرى ويجب تنويمها في قسـم العناية الفائقة خلال ساعتين.

ثم قدمت المشرفة وصفاً سريعاً للمرضى الذين يشغلون أسرة العناية الفائقة حالياً كالتالي:

- المريض (أ): سـيدة في السـتين مـن العمر ضحية سـكتة دماغية وتتطلب دعم المنفاس (التنفس الصناعي) وهي في القسم منذ (٢٧) يوماً لايمكـن التنبؤ بمآلها، وهي متقاعـدة ولا يوجد لها أقرباء في المنطقة وهي من سكان المدينة.
- المريض (ب): صبي في التاسـعة من عمـره يعاني من متلازمة داون مصابٌ بعدوى تنفسية وحادة، وهو منذ أربعة أيام في القسم، وأسرته تقطن المدينة المجاورة.
- المريض (ج): رجل في السادسة والثلاثين من العمر أجريت له عمليةٌ طارئة لاسـتئصال الزائدة، وأصيب بعدوىً جرثومية حادة في الجرح ويحتمـل إصابته بإنتـان دمـوي (septicemia) ولا يعرف مصدر العـدوى ويحتاج العناية الفائقة لتذبـذب ضغط الدم نتيجة للإنتان، وتقطن والدته المدينة.
- المريض (د): فتاة في الثانية عشـرة من العمر تخضع لعلاج كيماوي لسـرطان الدم باسـتخدام عقار تجريبي أدى إلى انحسـار أعراض المرض ثـلاث مرات، إلا أن مراقبة البروتوكـول التجريبي وردة فعل محتملة للعقار تستدعي الرعاية الفائقة، وأسرتها تقيم في المدينة.
- المريض الجديد: سـيدة في الرابعة والعشرين من العمر وهي طالبة جامعيـة متفوقة وتدرس الفيزياء، وحصلت على منح دراسـية، وهي حامل ومخطوبة ولا يعرف شيء عن أسرتها.

أنهت المشـرفة اتصالها بسـؤال غلين "ماذا يجـب علي عمله؟" نعم بالفعل ما هو العمل هو ما فكر به غلين الذي تمنى -فجأة - لو أن لجنة المنظمـة الأخلاقية كانت أكثر نشـاطاً، وتأمل ملياً في البدائل فيما فتح باب المرآب وبدأت رحلة العشر دقائق إلى المركز[٧].

هذه هي المعضلة الأخلاقية التقليدية لواقع "هذا آخر سرير في العناية الفائقة"، وبمعايير تشيلدريس ورامزي إذا حقق جميع المرضى المعايير الطبية تبقى المريضة الجديدة لتلقي أفضل رعاية ممكنة خارج قسم الرعاية الفائقة، ولكن عند تطبيق معايير ريشير فإن تقرير المآل الطبي (احتمال العلاج الناجع) والجوانب الاجتماعية (الإسهامات المستقبلية المحتملة) لأحد المرضى المنومين حالياً في القسم وهي ليست أفضل من المريضة الجديدة، وبالتالي يجب نقل أحد المرضى المنومين حالياً من قسم العناية الفائقة. لا تسمح أي النظريات لصانع القرار بالتخلي عن مريض لا يستطيع أن يتلقى العناية الفائقة إذ توفر جميع النظريات أفضل رعاية بديلة ممكنة.

قد يحسِّن الوعي العام بكيفية صنع الخيارات الانطباع لدى الجمهور أن منظمات الخدمات الصحية والنظام الصحي يعملون بإنصاف وقد لا يحسِّنه، إلا أن التدقيق والفحص العام يركز الانتباه على معايير وإجراءات صنع القرار ومدى إنصاف تطبيقاتها، وتنعكس المبادئ (الكانتية) باحترام الأشخاص وعدم استخدامهم كغايات في نظرية (تشيلدريس) التي تؤكد الاستقلالية، وتشمل نظرية (ريشير) مزيجاً من التوجهات (الكانتية) والنفعية والأهم من ذلك أنها تؤكد العدالة كما تحدثنا عنها في الفصل الأول. تصنع بعض منظمات الخدمات الصحية قرارات تحصيص الموارد باستخدام معايير أخلاقية أساسية وهو الأسلوب المفضل، إلا أنه في مثل جميع قرارات التحصيص الكلي يجب تطوير تلك المعايير ضمن بيئة فلسفة المنظمة وبيانات الرسالة والرؤية.

المعالجة شبه العبثية:

لبعض المواقف جميع عناصر العبثية باستثناء واحدة، وهي أن المريض غير مصاب بعلة انتهائية، وولادة سيدني ميلر هي إحدى تلك الحالات، فقد كان يتوقع موتها بعد ولادتها مباشرة؛ ولكن المداخلة المكثفة أبقتها على قيد الحياة ولو أنها مصابة بعجز شديد. ومن نواحي عدة فإن الحالات مثل حالة سيدني هي الأصعب على الإطلاق، وحتى الآن لم يستخدم في الأدبيات البحثية مفهوم المعالجة شبه العبثية، ولكنها تتميز عن المعالجة العبثية، وينبغي تذكر حالة سيدني ميلر وتمييزها عن نقاش المعالجة العبثية أدناه.

سيدني ميلر[٨].

كانت سيدني ميلر قد بلغت الثانية عشرة من العمر في عام (٢٠٠٣م) وقد ولدت مبتسرة (٢٣ أسبوع حمل) لوالديها كارلا ومارك ميلر في

مستشفى تكساس للمرأة في مدينة هيوستن وعند الولادة أخبر الطبيب المولد الزوجين عدم احتمال نجاة الطفل فقرر الوالدان أن تتلقى سيدني رعايةً تلطيفية تتكون من الطعام والماء والدفء وإن كتبت لها النجاة تكون بدون تدخل طبي.

أوصى أطباءٌ آخرون بإجراء عملية تجريبية من الأرجح أن يسبب تلفاً دماغياً أو عجزاً شديداً واختار الوالدان مجدداً الرعاية التلطيفية، تجاوزت إدارة المستشفى قرار الوالدين، وأفاداهما أن إحدى سياسات المستشفى غير المكتوبة وكذلك القانون يتطلبان إنعاش الأطفال الذين يبلغ وزنهم أكثر من (٥٠٠) غرام.

أجريت المعالجة التجريبية واستمرت سيدني في الحياة وبعمر (١٢) سنة لا زال عمرها الإدراكي ثلاثة أشهر، وتعاني من الشلل الدماغي ولا تستطيع الكلام أو المشي وتحتاج إلى رعاية طوال حياتها.

قاضى الزوجان المستشفى وفي عام (١٩٩٨م) حكمت لهما هيئة المحلفين في تكساس بتعويض بلغ (٤٠,٦٠) مليون دولار ضد كولومبيا / إتش سي آي الشركة المالكة للمستشفى.

في عام (٢٠٠٠م) نقضت محكمة الاستئناف في تكساس حكم الهيئة مستشهدةً بقانون التوجيهات الطبية المتقدمة لولاية تكساس، الذي ينص على أنه "**لا يسمح للوالدين بمنع أو إيقاف العلاج الطبي الذي يبقي على حياة الطفل إلا إذا شهد الطبيب كتابةً أن علته انتهائية**" ولم تتطرق محكمة الاستئناف إلى القرارات المتعددة الأخرى باستمرار المداخلة المكثفة لسيدني خلال سبعة أشهر كانت منومة فيها في المستشفى.

وفي عام (٢٠٠٣م) وافقت محكمة تكساس العليا على حكم محكمة الاستئناف ولن يتلقى الوالدان أي تعويض.

القضايا الأخلاقية في حالة ميلر: تغشى القضايا الأخلاقية لحالة سيدني ميلر أسئلة القانون المطبق، إذ تمكّن تعديلات إيذاء الأطفال الصادرة في عام (١٩٨٤م) -التي عدلت قانون معاملة الأطفال ومنع إيذائهم (PL 89 - 457) - الأطباء من رفض علاج طفل حديث الولادة عندما يكون في غيبوبة مستديمة لا يمكن الخروج منها، وإذا

كانـــت المعالجة تطيل الموت، أو أنها لا تصحح جميع مـــا يهدد الحياة، أو عندما تكون المعالجة عبثية فعلاً، أو غير إنســـانية، ولم ترجع محكمة الإســـتئناف في تكساس إلى القانون الفدرالي بل استشهدت عوضاً عنه بقانون الولاية الذي يتطلب شهادة الطبيب مكتوبة بأن حالة الطفل انتهائية، ولا يبدو أن طبيباً قرر ذلك.

يتفـــق علماء الأخلاقيات بصفة عامة على أن منع أو إيقاف العلاج الذي يبقي على الحيـــاة لا يختلفان مـــن الناحية الأخلاقية، إلا أن ســـيكولوجية هذين الفعلين تختلف كثيـــراً. إذ يبـــدو وكأن إيقـــاف العلاج الذي يبقي على الحياة يســـبب الموت وقد تجد أســـرة المريض ومن يقومـــون برعايته صعوبة في إدراك أن الحالة الطبية الأساســـية أواســـتفحال المرض هو ما ســـبب الموت، لا إيقاف المعالجة المبقية على الحياة. عندما يتأكد أن اســـتمرار المعالجة عبثي (أي لا يؤمَل بـــأي فائدة منها) يجد مقدمو الرعاية وصنـــاع القرار صعوبة أقل في إيقافها، والمفارقة هنا هـــي أنه كان بإمكان كارلا ميلر إجراء عملية إجهاض قانونية حتى بعد بدء المخاض لو أنها أرادت ذلك.

لا يتضح تماماً إذا كان فعلاً لدى المستشفى سياسة أو سياسات مكتوبة تتعلق بدور الوالديـــن في حالات كهذه، ولكـــن مبدأ العدالة (الإنصاف) يتطلـــب أن يبلغ الزوجان ميلر بسياســـة المستشـــفى المتعلقة بالإنعاش المكثف وفترة تجريبية على جهاز التنفس الصناعي قبل بدء المخاض، فربما ساعدت تلك المعلومات على اتخاذ خيار مطلع وربما اختارا إجهاض الجنين أو تلقي الرعاية الطبية في مكان آخر.

نومت ســـيدني في المستشـــفى لمدة ســـبعة أشـــهر، وبلغت تكاليف الرعاية ملايين الـــدولارات، وبغض النظـــر عن مصدر المدفوعات لا بد مـــن أن نفكر في مدى حكمة اســـتعمال تلك الموارد، ومن الممكن أن يكون الأوان قد حـــان لإعادة النظر في الإنفاق علـــى إجراءات ذات نتائج إيجابية محـــدودة، إلا أنه في حالة الأطفال الخدج يجب أن يأخذ هذا الحوار في الاعتبار المســـتوى المرتفع من عدم اليقين المرتبط بالتنبؤ الدقيق لمآل تلك الحالات.

نظرية العبثية:

تمكّـــن التقنية الحديثـــة الإكلينيكيين من دعم الحياة ومســـاندتها طويلاً إلى آخر مراحل الموت، إلا أن تطبيق التقنية عندما لا يوجد احتمال أو أمل بالفائدة يثير قضايا أخلاقية. يشير الاستمرار بالمعالجة إلى ما بعد الأمل بالفائدة إلى العبثية، وقد وصف تطبيـــق مفهوم العبثية بأمر ثنائي الجانب بعدم الإنعاش (do-not-resuscitate DNR)

وهو قــرار يصنعه الأطباء باســتخدام تعريف فزيولوجي[٩]. تركــز نظرية العبثية في أساســها على انعدام الفائدة من اســتمرار العلاج، ولا تؤخذ جودة الحياة في الاعتبار مباشــرةً وبوضوح رغم اســتحالة تجاهلها كعامل نفســي قد يراعيه الطبيب ضمنياً. تتنــاول أدلة العبثية قضية الطلب على العلاجات التي يرى الأطباء الأمل من فائدتها، إلا أن ما يحدث نادراً من استشــفاء أعجوبي يقلق صناع القرار ويغشى نظرية العبثية وتطبيقها، يتحســن هؤلاء المرضى بعد أشــهر أو ربما ســنوات مــن الوقت الذي كان يفترض أن ينعدم فيه أي أمل من المعالجة المبقية على الحياة، وأحياناً يكون التحســن مذهلاً ومثيراً[١٠،١١].

تثير المعالجة العبثية على الدوام تساؤلات حول استهلاك واقتصاديات الموارد، وقد يســأل المشــكك ما إذا كانت الدوافع الحقيقية اقتصادية بحتة، وقد أثيرت تساؤلات مماثلة عن التوجيهات الطبية المســبقة (Advanced Medical Directives- AMDs) التي أشــيد بأنها تعطي المرضى التحكم ولكنها - بلا اســتثناء - تحد من الخدمات. تتناول بعض سياســات المعالجة العبثية تحديداً اســتهلاك الموارد والالتزام الاخلاقي لمنظمات الخدمات الصحية بأن تستخدم مواردها بحكمة.

الخلفية:

مــن نواح عدة نظريــة العبثية هي مفهوم قديم في إطار جديــد وتقع أصولها في التمييز بين الرعاية العادية (ordinary) والرعاية الاستثنائية (extraordinary) والتي نعيد صياغتها هنا. الرعاية العادية هي جميع الأدوية والعلاجات والعمليات التي توفر أملاً معقولاً بالفائدة، والتي يمكن الحصول عليها بدون تكلفة مفرطة أو عوائق أخرى. والرعاية الاســتثنائية هي جميع الأدوية والعلاجات والعمليات التي لا يمكن الحصول عليها أو استخدامها بدون تكلفة مفرطة أو عوائق، أو أنها إن استخدمت لا توفر أملاً معقولاً بالفائدة. وهذا التعريف يجعل منع أي الأدوية والعلاجات والعمليات - التي لا توفر أملاً معقولاً بالفائدة أو التي لا يمكن الحصول عليها بدون تكلفة أو ألم أو عوائق مفرطة- أمراً أخلاقياً. ومن الأخطاء الشائعة تعريف الرعاية العادية بالرعاية المألوفة أوالتقليدية مما يؤدي إلى عبارات مثل «يجب إعطاء الأشــخاص المرضى دائماً الطعام والماء لأن هذه رعاية عادية (والمقصود رعاية مألوفة وتقليدية)».

لنظريــة العبثية جانبان كمي ونوعي ويرتبط الجانب الكمي باحتمال نجاح معالجة شرع فيها أو استمرت، ويعني احتمال النجاح أنه بالإمكان أداء المعالجة بنجاح، وتحقيق

هدفها المنشـــود، فعلى ســـبيل المثال تبقي التغذية بالأنبوب على حياة مريض في حالة إنباتية مســـتديمة (PVS) ولكنها لن تعيـــد إدراكه ووعيه، ويبرز هذا أهمية النظر إلى الرعاية على أنها سلســـلة متواصلة لا حدثاً منفرداً. يســـمح أكثـــر من ثلثي الولايات للمرضى من خلال التعليمات الطبية المسبقة أو من خلال وكلائهم أو أوصيائهم بصنع قرارات عن منع أو إيقاف الإماهة والتغذية الصناعية في الحالات الإنباتية المستديمة بدون تدخل أو مساعدة قضائية[١٢].

يفترض الجانب النوعي أن المعالجة ناجعة وتحقق هدفها المنشـــود، ولكنه يسأل ما إذا كانت النتائج تســـتحق البدء في المعالجة أساساً، ويؤدي خبراء إكلينيكيون التحديد الكمي ولكن التحديد أو التقدير النوعي لا يمكن أن يؤديه إلا المريض أو وكيله أو وصيه حسب الظروف ويحد مفهوم العبثية القرار النوعي.

تثير ثلاثة أشـــكال أساسية مختلفة للظروف تســـاؤلات المعالجة العبثية، الأول هو أن المرضـــى يطلبـــون خدمات لا توفر أمـــلاً بالفائدة، ولعدم توافـــر البيانات عن هذا الموضوع فقد يكون مجرد خرافة ملفقة أو انطباع خاطئ، فالتعليمات الطبية المســـبقة تحـــد الخدمات بصفة عامة المداخلة الطبية رغم أن المرضى قد يطلبون خدمات يرى الإكلينيكيون لاحقاً أنها عبثية.

يحدث النـــوع الثاني من المعالجة العبثية عندما تصـــر المنظمات على توفير علاج قـــرر أوصياء المرضى أنه لا يوفر أملاً معقـــولاً بالفائدة ويجب إنهاؤه، وتوضح حالات كارين آن كوينلان ونانســـي بيث كروزان تلك السياســـات (وبخاصة حالة كروزان التي اســـتدعى قانون الولاية الاســـتمرار في معالجتها) وتشـــير تلك الحالتان إلى ضرورة اســـتهداف سياســـات العبثية للمشـــرعين ومنظمات الخدمات الصحية وموظفيها لا للمرضى وأسرهم.

يحدث النوع الثالث عندما تســـتمر المعالجة لأن صانـــع القرار الوصي يطلبها كما حـــدث في حالة هيلغا وانغلي وهي امرأة من منيابوليس وفي حالة إنباتية مســـتديمة وطالب زوجها ببذل جميع الجهود للإبقاء على حياتها رغم التقارير الطبية التى أكدت بـــأن فعل ذلك لا يوفر أي أمل معقول بالفائدة[١٣]، وكذلك حالة الطفلة (ك) التي ولدت بدون دماغ (anencephalic) ورفضت والدتها إقرار أمر عدم الإنعاش بل أصرت على استمرار جميع العلاجات.

الطفلة (ك).

بـــدأت الدعـــوى القضائية المعروفة بعنـــوان "في قضية الطفلـــة (ك)*" في عام (١٩٩٢م) عندما ولدت طفلة بدون دماغ في مستشـــفى فيرفاكس في شمال فرجينيا، وتثير هذه الحالة عـــدداً من القضايا الأخلاقية، ولكن التركيز هنا هو على تحصيص الموارد والتزامات المنظمة عندما تطلب منها المعالجة العبثية.

تتميـــز هذه الحالة عـــن غيرها من حالات الأطفال الذين يولـــدون بدون دماغ بأن الأم طلبـــت عمـــل كل ما يمكن من أجـــل الطفلة (ك). وفي مجـــال الأخلاقيات تثير القـــرارات عن الأطفـــال المولودين بدون دماغ تســـاؤلات حول المعالجـــة العبثية، وفي المجال السياسي تتجاوز تلك المواقف المشحونة عاطفياً الحوار العام؛ ومما لا شك فيه سيتهرب السياسيون من الخوض في نقاش عنها.

انعـــدام الدماغ الخلقـــي هوعيب خلقي نادر لا تتطور فيه قشـــرة المخ ولا ســـطح الجمجمة ولا فروة الرأس، ويقدر عدد المواليد بهذا العيب سنوياً في الولايات المتحدة من ألف إلى ألفين مولود، يموت معظمهم بعد ســـاعات أو أيام من الولادة ســـواءً تلقوا معالجـــةً أم لا. ويولد البعض منهم وقد تطور جذع الدماغ بعض الشـــيء فيعيشـــون أســـابيع أو شـــهور ويندر أن يعيش هؤلاء الأطفال أكثر من ذلـــك. كانت الطفلة (ك) الاستثناء فقد عاشت لعامين مع الحاجة المتقطعة للمداخلة المكثفة.

الجوانب الإكلينيكية: شخصت حالة الطفلة (ك) قبل الولادة، إلا أن الأم، السيدة (هـ) استمرت في الحمل رغم توصيات طبيب الولادة وأخصائي الأعصاب بأن الإجهاض هـــو الخيار الأفضل، لم يكـــن والد الطفلة متزوجاً من أمها، ولم يتدخل في رعايتها أو صنع القرارات المتعلقة بذلك، إلا أنه ساند الجهود لتوقيع أمر عدم الإنعاش.

تمـــت الولادة بالعملية القيصرية وولدت الطفلة في حالة إغماء مســـتديمة وكانت كفيفةً وصمـــاء ولا تتفاعل مع بيئتها بأي طريقة، وكانت وظائف جذع الدماغ محدودة في منعكسات الإطعام والتنفس، وتستجيب لا إرادياً للأصوات أو اللمس، وبدأ التنفس الميكانيكي عند الولادة، ولكنه بدون هدف علاجي أو تلطيفي لعدم وجود علاج لانعدام الدماغ الخلقي.

---

* تحفظـــت المحكمـــة على هوية الأم والطفلة ولم يتم الكشـــف عنهمـــا إلا بعد أن رفضت المحكمة الأمريكية العليا النظر في حكم محكمة الاستئناف الفدرالية.

الجوانب القانونية والأخلاقية: ألح الطبيب على الأم أن تجيز أمر عدم الإنعاش ولكنها رفضت، كما رفضت أيضاً إيقاف جهاز التنفس، اجتمع أطباء السيدة (هـ) والطفلة (ك) إلى لجنة خبراء خاصة مكونة من ثلاثة أشخاص من لجنة أخلاقيات المستشفى، اثنان منهم أطباء (أحدهما متخصص في طب الأسرة والآخر في الطب النفسي) وكان العضو الثالث قسيساً. توصلت اللجنة إلى وجوب إيقاف جهاز التنفس لأن «تلك الرعاية عبثية» وقررت «الانتظار فترة معقولة لكي تقوم الأسرة بمساعدة مقدم الرعاية على إنهاء العلاج المكثف[١٤]». وإن رفضت الأم اتباع المشورة أوصت لجنة الخبراء أن يسعى المستشفى لحل قانوني، ورفضت السيدة (هـ) توصيات لجنة خبراء الأخلاقيات.

تم فطام الطفلة من جهاز التنفس، وبعد الاختلاف حول المعالجة سعى مستشفى فيرفاكس إلى نقلها إلى مستشفى آخر إلا أن المستشفيات الأخرى التي لديها وحدة رعاية فائقة للأطفال رفضت. بعد الولادة بستة أسابيع سمحت السيدة (هـ) بنقل الطفلة (ك) إلى مرفق للرعاية التمريضية بشرط إعادة تنويمها في المستشفى إذا عاودتها المشكلات التنفسية. وبالفعل أحضرت الطفلة إلى المستشفى تعاني من ضنك تنفسي (respiratory distress) عدة مرات بعد نقلها، ولكنها بقيت في المرفق التمريضي بين نوبات حادة ولم تستدع علاجات تبقي على الحياة عدا الاستخدامات العابرة لجهاز التنفس.

المحكمة الابتدائية:

لكي يحمي نفسه قانونياً سعى مستشفى فيرفاكس للحصول على حكم بياني من المحكمة المركزية الفدرالية أنه لن ينتهك قانون العلاج الطبي الطارئ والعمل النشط الصادر في عام (١٩٨٦م) (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act of 1986 PL 99 - 272) أو قانون إعادة التأهيل الصدر في عام (١٩٧٣م) (Rehabilitation Act of 1973 PL 93 - 112) أوقانون الأمريكان الذين يعانون من عجز الصادر عام (١٩٩٠م) (Americans with Disabilities Act of 1990 PL 336 - 101) برفض إعطاء علاج يبقي على الحياة لطفلة تعاني من انعدام الدماغ الخلقي. يتطلب قانون العلاج الطبي الطارئ أن تقوم أقسام الطوارئ في المستشفيات التي تتلقى تمويل مديكير بعلاج جميع من يصل إلى القسم في حالة طبية طارئة والاستمرار بالعلاج حتى يمكن نقل الشخص بسلامة، يحظر قانون إعادة التأهيل -وقانون الأمريكان الذين يعانون من العجز- التمييز بسبب الإعاقة أو العجز.

أقر المستشــفى أن الضنك التنفســي هو حالة طارئة ولكنه جادل أنه يجب تأويل قانون العلاج الطبي الطارئ بحيث يشــمل استثناء للعلاج الذي يعده أطباء المستشفى عبثياً أو غير انســاني، إلا أن القاضي لم يجد ذلك الاســتثناء في نص القانون، ولكنه استطرد أنه بغض النظر عن ذلك فلن ينطبق ذلك الاستثناء لو وجد على الطفلة (ك) لأن تنفسها يســتعاد بالعلاج ولذلك لا يمكن اعتبار استخدام جهاز التنفس الصناعي عبثياً أو غير إنســاني، كما قررت المحكمة أيضــاً أن حالة الطفلة كانت إعاقةً وعجزاً ولذلك لا يستطيع المستشفى رفض علاجها قانونياً (حسب قانون إعادة التأهيل وقانون الأمريــكان الذين يعانون من العجز)، إذ يصنــف رفض رعاية الطفلة (ك) من التمييز بســبب الإعاقة والعجز، وقضت المحكمة أيضا أنــه موضوع قانوني عام، وبعدم وجود البرهان على الإهمال أو الإســاءة، فلدى الوالدان الحق الدســتوري - وفق مادة الحق بالاجراء العادل من التعديل الرابع عشــر - فــي تربية أبنائهم كما يرون، وأن يصنعوا قرارات علاجاتهم الطبية، واختتم القاضي بأنه عندما يختلف الوالدان يجب أن تدعم المحكمة الطرف الذي أيد الحياة. وافق المحامي الذي عينته المحكمة وصياً فقط في هذه القضية (ad litem) على الطفلة (ك) مع المستشفى فاستأنف مستشفى فيرفاكس حكم المحكمة الإبتداية.

محكمة الاستئناف:

في حكم بواقع (٢) إلى (١) أكدت دائرة محكمة الإستئناف الأمريكية الرابعة حكم المحكمــة الابتدائية حيث حكمــت أن قانون العلاج الطبي الطارئ يلزم المستشــفيات التــي تتلقى تمويل مديكير أن توفر الرعاية في المواقف التي تهدد الحياة بغض النظر عــن وضع المريض، وقررت محكمة الاســتئناف أنه حيث يقع على المستشــفى واجب تقديم الرعاية الطبية حتى تستقر الحالة تحت قانون العلاج الطبي الطارئ فلا داعي لتحديد التزام المستشفى تحت تشريعات فدرالية أخرى أو قانون ولاية فرجينيا.

اتفق الغالبية مع المستشــفى فــي أن معيار الرعاية للاطفــال الذين يعانون من انعــدام الدماغ الخلقي هو توفير الدفء والإماهــة والتغذية فقط، ومع ذلك أكدت أن لغة التشريع واضحةٌ ولا تشمل تلك القيود، ورفضت التشريع من منصة القضاء قائلةً:

> يتجــاوز تناول الخصائص الأخلاقية أوالأدبية -لتوفير العلاج الطبي الطارئ المؤدي إلى اســتقرار الحالة للأطفال الذين يشــكون من انعدام

الدماغ الخلقي- حدود مهمتنا القضائية. نحن ملزمون بتأويل التشريعات الفدرالية وفق اللغة التي كتبت بها وأي قصد عبر عنه الكونغرس[15].

جــادل القاضــي المعارض أن قانون العــلاج الطبي الطارئ ســنَّ لمنع التخلص من المرضى لأســباب اقتصادية، وحيث لم تســتهدف الطفلة (ك) لذلك التخلص لا يصح تطبيق التشــريع في هذه الحالة. مشكلات الطفلة التنفســية ترتبط بانعدام الدماغ الخلقي ويجب النظر إلى علاجها كسلسلة استمرارية لا يمكن فيها لأي معالجة طبية أن تحسن حالة الغيبوبة المستديمة التي تعاني منها.

النتائج والآثار قبل حكم محكمة الاستئناف في عام (١٩٩٣م):

أصدر مستشفى فيرفاكس البيان التالي:

نؤمن أن الاســتمرار في توفير تدابير اســتثنائية لتمديد وإطالة عملية الموت غير ملائم طبياً وأخلاقياً ولا يخدم مصلحة هذه الطفلة... والمستشــفى وأطباؤه هم دوماً على اســتعداد لتوفيــر الرعاية الطبيــة الملائمة، والتي هي في هــذه الحالة التغذية والإماهة والدفء[16].

في عام (١٩٩٤م) رفضت المحكمة العليا النظر في استئناف حكم محكمة الاستئناف.

كان التكهن باحتمال مآل حالة الطفلة (ك) حالكاً بائســاً؛ ولكنها عاشــت أطول من غيرها من الأطفال في مثل حالتها، وماتت في أبريل (١٩٩٥م) بعد ولادتها بعامين. دفع التأمــين الخاص وبرنامج مديكيد فواتير علاجها التــي بلغت حوالي نصف مليون دولار نصفها لخدمات المستشفى. إنكار مسؤلي المستشفى أن دوافع دعاوى المستشفى القضائية كانت اقتصاديةً يدعمه ويؤيده أن جميع خدمات المستشفى قد سددت بالكامل[17].

التحليل:

تم تشخيص حالة انعدام الدماغ الخلقي قبل ولادة الطفلة (ك) بأشهر، وإن اعتقد الأطباء أن التنفس الصناعي غير ملائم طبياً فكان يجب توضيح ذلك للسيدة (هـ) في حينه، وكان يجب تشــجيعها على البحث عن مصدر بديل لرعاية الأطباء والمستشفى، الأمر الذي ربما كان مستحيلاً من خلال تغطيتها التأمينية. ولكن الأمر المؤكد هو أنها لو رفضت اتباع توصية طبيبها - أو لو أنها ما اســتطاعت أن تجد طبيباً ومستشــفى لتوفير الخدمة التي أرادت - لما كان أمام مستشــفى فيرفاكس وأطبائه إلا الاستمرار في معالجة الطفلة (ك).

إذا كان لا بد من استخدام التنفس الصناعي فكان ينبغي تحديد هدف المداخلة، (لتأكيد التشخيص مثلاً) وما كان يجب الاستمرار في المعالجة التنفسية بعد تحقيق ذلك الهدف أو التأكد من عدم إمكانية تحقيقه. إلا أنه كان بإمكان السيدة (هـ) التنصل من اتفاقية إيقاف العلاج التنفسي مما كان سيعيد الأطباء والمستشفى إلى النقطة التي بدؤوا منها.

ويبدو أن رد فعل إدارة المستشفى والمستشار القانوني كان مبالغاً فيه وكان يجب أن يساندوا الأطباء في تطبيقهم للمعايير الطبية القائمة وأن يشجعوا المزيد من الحوار والنقاش مع السيدة (هـ) من خلال لجنة الأخلاقيات واللجنة الخاصة المنبثقة منها، بل كان بالإمكان الاستمرار في تلك الجهود حتى بعد نقل الطفلة إلى مرفق الرعاية التمريضية. لأنهم بلجوئهم إلى المحكمة حولوا موضوعاً يتعلق بالممارسة الطبية والأخلاقيات الطبية إلى قضية قانونية، وما إن بدأ المستشفى المقاضاة القانونية حتى فقد السيطرة على الوضع، وهو أمر غير مرغوب فيه بأي حال من الأحوال. المعلوم أن الدعاوى القضائية هي دائماً أمر في غاية الصعوبة وباهظة التكاليف ولا يمكن التنبؤ بمجرياتها، وهي مرهقة من حيث الجهد المبذول والعواطف المشحونة، كما أن التغطية الإعلامية والعلانية التي تكتنف مثل تلك القضايا هي كابوس يقض مضاجع إدارات ومسؤلي العلاقات العامة بغض النظر عن نتائجها النهائية.

رفض حكم محكمة الاستئناف حجة ضرورة استخدام معيار الرعاية الطبي ضمنياً لإرشاد تأويل قانون العلاج الطبي الطارئ والعمل النشط، مما يحد من حرية تصرف مقدمي الرعاية ويقيدها من حيث تقدير الظروف التي تبرر منع الرعاية أو إيقافها عندما لا يعبر المرضى عن رغباتهم - أو لا يقدرون على ذلك - فيما يتعلق بالمعالجات التي تبقي على الحياة. قد يحمي الالتزام بمعايير الرعاية الأطباء والمستشفيات من دعاوى الإهمال والأخطاء الطبية التي ترضخ لقوانين الولاية، ولكنها لا تحميهم من المسؤولية القضائية في القانون الفدرالي.

لا تتضح الدرجة التي سعت فيها لجنة الأخلاقيات أواللجنة الخاصة المنبثقة منها لحل المشكلة من وجهة نظر أخلاقية، ونادراً ما تصنع تلك اللجان القرارات رغم أن الجهود التقييمية والتثقيفية والاستشارية التي تبذلها لا تخفى على أحد. أما من ناحية الدور التقييمي والتثقيفي فكان ينبغي بذل ما أمكن من الجهود لاستمرار الحوار مع السيدة (هـ) بهدف إيجاد حل يرضي الجميع، إلا أنها في هذه الحالة لم تتطرق

إلا إلــى موضوع العبثية وكيف يجب معالجة القرارات الإكلينيكية، وهذا الأداء ســلبيٌ جداً وغير فعال.

إضافــةً إلى ذلك، يجب التســاؤل عمــا إذا كان من الحكمة التركيــز على الأبعاد الطبيــة للحالة بتعيين طبيبين في لجنة من ثلاثة أعضاء، ولابد أن الســيدة (هـ) على علم واطلاع بالجوانب الإكلينيكية العلمية لانعدام الدماغ الخلقي ولكنها قررت تجاهل ذلك، ويشــير قرارها هذا إلى الحاجة إلى التركيز على الأبعاد النفســية والاجتماعية عند التعامل معها، وهو أمرٌ أفضل من يؤديه مختصون من غير الأطباء، كما لا يتضح أيضاً دور القسيس في اللجنة وما إذا كانت السيدة (هـ) تعتنق ديانته.

حيــث كانت لجنــة الأخلاقيات الفرعيــة ووالدة الطفلة (ك) علــى اختلاف كبير ومجابهة اســتفزازية كان بالإمكان محاولة اســتخدام التوســط والتحكيم لحل النزاع بين الطرفين، حيث يكون الوســيط شــخصاً محايداً يعمل مع الطرفين للتوصل إلى حل وســط قد يرضي جميع الأطراف، وفــي مثل تلك الحالات فإن الحفاظ على قناة التواصل والحوار أمر ضروري للنجاح.

الخلاصة:

قد تنظر محكمة الولايات المتحدة العليا في قضية مماثلة في المستقبل وتنقض حكم قضيــة الطفلة (ك)، وحتى ذلك الحين بإمــكان الكونغرس تعديل قانون العلاج الطبي الطارئ والعمل النشط والقوانين الفدرالية الأخري بحيث تسمح بمنع أو إيقاف العلاج عندما يقرر مقدمو الرعاية أنه عبثي، أو غير إنساني، وتوجد مثل تلك الاستثناءات في تعديــلات قانون معاملة الأطفال ومنع إيذائهم (PL 89 - 457) الصادر عام (١٩٨٤م). والمشكلة بالنسبة للكونغرس هـي أن البيئة السياسية لمثل هذه القرارات ستجعل إمكانية منع حق الوالدين في طلب العلاج شــبه مستحيلة حتى لو قرر مقدمو الرعاية أن ذلك العلاج عبثي وغير إنساني.

إن التحدي الذي تواجهه منظمات الخدمات الصحية في قضايا مثل قضية الطفلة (ك) هو دمج هموم وشــؤون الأســرة ومقدمي الرعاية والمنظمة ومزجها بطريقة تزيل أو تقلص المعالجة العبثية وغير الإنسانية، فيما تتوافق مع القوانين الفدرالية والمحلية وقيم المنظمة والأخلاقيات الشخصية لجميع الأطراف.

أدلة المعالجة العبثية:

يتزايد استخدام أدلة أو سياسات المعالجة العبثية في منظمات الخدمات الصحية وبخاصة في مستشفيات الرعاية الحادة، وقد دفع إلى تطويرها وتبني استخدامها الانطباع بأن المرضى وأوصياءهم يطلبون أنواعاً من الرعاية يكون الإكلينيكيون قد قرروا عدم جدواها أو احتمال انتفاع المريض منها. وتدفع الموافقة على العلاج واستقلالية المريض المراحل الأولية من صنع القرار للمرضى القادرين على المشاركة، لذا يجب توفير المعلومات الكافية للمرضى لكي يتمكنوا من صنع خيارات مطلعة حول البدائل المتاحة للمعالجة (أو عدم المعالجة). ومن الأمور التي تحتاج إلى عناية خاصة -في التعامل والتواصل مع المرضى بخصوصها- النتائج التي لا يمكن للعلاج تحقيقها، والتوقعات غير الواقعية من إمكانات العلوم الطبية، وبما أن المرضى هم الذين يعانون من استمرار المعالجة ويقاسون آلامها يكونون أكثر استعداداً من الأوصياء للحد مما يُجرى عليهم. وعندما يتضح أن قرارات المرضى (أو مطالباتهم) لن تؤدي إلى معالجة طبية ناجعة، أو أنها ستطيل المعاناة وعملية الموت فقط، يقع على الإكلينيكيين التزامٌ أخلاقي بمنع أو إيقاف المعالجة، وبصفة عامة تستدعي أدلة الممارسة -المتعلقة بمنع أو إيقاف العلاج الذي يبقي على الحياة- اتفاق كل من الأطباء المعالجين والاستشاريين على أن المعالجة عبثية.

ولكن القرارات المتعلقة بملاءمة استمرار المعالجة الطبية تُصنع ضمن سياق وبيئة أهداف المعالجة الطبية أساساً كالتالي:

> هناك ... اتفاقٌ عام على أن أهداف المعالجة الطبية المعيارية هي شفاء أو تعافي أو تحسين مستوى محدد من قدرة الشخص على التفكير والشعور والتفاعل مع الآخرين والبيئة التي يعيش فيها أو الحفاظ عليه. وتعد أي معالجة أو مداخلة طبية لا يحتمل أن تحقق أي من أهداف المعالجة عبثية[١٨].

تبدأ أدلة المعالجة العبثية لمنظومة ترينيتي هلث الصحية - وهي منظومةٌ للرعاية الصحية ترتبط بالكنيسة - بتبيان السياق الديني للأدلة، وتوضح دور المريض في صنع القرار، وأهمية النزاهة المهنية لدى مقدمي الرعاية إضافةً إلى إيضاح الحاجة إلى رعاية الموارد والمسؤولية عنها. وتستمر الأدلة بتعريف المعالجة العبثية طبياً وتدرج أمثلةً عليها[١٩]، وتعرف ترينيتي هلث المعالجة العبثية طبياً أنها أي معالجة لا أرجحية

لها - ضمن درجة معقولة من الاحتمالية الطبية - أن تحقق ما يلي:

- أي تأثير فيزيولوجي إيجابي على حالة المريض، أو ...
- عكس حتمية موت المريض الوشيك، أو ...
- إعادة قدرة المريض على أداء الوظائف الشخصية، أي قدراته الفكرية والإدراكية والتواصل الوجداني والعاطفي والتفاعل مع الآخرين[٢٠].

ويجدر ملاحظة عدة جوانب من تلك الأدلة من أهمها: ١) أن المعايير مصاغة بصفة البديل (مثل، إذا كان يحتمل عكس حتمية الموت الوشيك بتطبيق معالجة فلا تكون تلك المعالجة عبثية)، ٢) لا توجد اعتباراتٌ لنوعية الحياة، حسب تقييم المريض لها أو شخص آخر، و ٣) لا يوجد تركيزٌ محدد على الأبعاد الاقتصادية للمعالجة التي تؤدى.

وتشمل أمثلة المعالجة العبثية التي أوردتها ترينيتي هلث أموراً مثل استمرار التنفس الصناعي للمرضى الذين تنطبق عليهم معايير الموت الدماغي أو الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) للمرضى في المراحل النهائية للسرطان الذي انتشر في الجسم، أو المرضى الذين يعانون من فشل في عدد من الأعضاء، والمداخلات الطبية المكثفة للمرضى في حالة إنباتية مستديمة أو في غيبوبة مستديمة، كما توجز الأدلة الإجراء لصنع القرارات حول العبثية الطبية وتشمل الخطوات ما يلي[٢١]:

١. يتم تقرير أن المعالجة عبثية بالاتفاق بين الطبيب المعالج والاستشاريين وفريق مقدمي الرعاية.
٢. يبلغ الطبيب المعالج المريض السوي أو الوصي حسب الحالة، أن المعالجة التي تقرر أنها عبثية لن تبدأ أو ستوقف إن كانت قد بدأت، مع ضمان توفير الرعاية التلطيفية.
٣. إن وافق المريض السوي أو الوصي (حسب الحالة)، تكتب الأوامر الطبية في ملف المريض.
٤. إذا تمت الموافقة، تستشار اللجنة الأخلاقية وعندها تحدد اللجنة مطابقة معايير الأدلة وتساعد في التواصل والتفاوض مع الأطراف المعنية.
٥. تقوم لجنة الأخلاقيات بمراجعة تقييمات المعالجة العبثية للمرضى غير المؤهلين الذين لا يوجد لديهم أوصياء، فإن اتفقت مع القرار يوثق الطبيب المعالج الإجراء في ملف المريض ويكتب الأوامر الطبية الملائمة.

٦. إذا اتفقت اللجنة الأخلاقية مع الطبيب المعالج أن المعالجة عبثيةٌ طبياً ورفض المريض السوي أو الوصي (حسب الحالة) ذلك القرار، تستخدم خدمات الوسيط لحل الخلاف.

٧. إذا رغب المريض أو الوصي في بقاء المريض في المرفق، أو إن بقي لعدم وجود مرفق بديل، فإن المعالجة العبثية: أ) لن تبدأ، ب) تبدأ أو تستمر لفترة تجريبية بهدف محدد أو زمن محدد نتيجة لاتفاق الوسيط، أو ج) إن كانت بدأت، يتم إيقافها.

وتختتم الأدلة بتوفير توجيهات للأوضاع التي يختلف فيها الأطباء ومقدمو الرعاية حول العبثية المحتملة للمعالجة، وهنا تؤدي لجنة الأخلاقيات دوراً جوهرياً في الإجراء، كما يتم التركيز أيضاً على الحاجة إلى استمرار الحوار مع المرضى أو الأوصياء، كما أن استخدام الوسيط وهو طرف ثالث محايد يفيد في حل النزاعات حول مجريات المعالجة أو إيقافها. وحيث يجب أن يتفق الطرفان على الحل فإن الفقرة (٧ ب) في الأدلة أعلاه توفر أفضل احتمال لحل الخلاف.

يجب أن تؤكد أدلة أو سياسات المعالجة العبثية أنه ليس لدى الأطباء التزامٌ أخلاقيٌ (أوقانوني) بتوفير علاج يرونه غير ملائم، إذ ينتقص ذلك أمانة الأطباء المهنية ولا يوفون التزاماتهم نحو مرضاهم إن وفروا علاجاً لا يؤمل بفائدة منه، كما يفشلون أيضاً في التزامهم باستخدام الموارد بفاعلية إذا استخدموها على مرضى لا يستفيدون منها.

باستطاعة مقدمي الخدمة في جميع الولايات عدا خمس منها، رفض توفير معالجة طبية يطلبها المريض، ولا تتطلب معظم الولايات من مقدمي الخدمة العمل بما يخالف المعايير الطبية المقبولة وتسمح إحدى عشرة ولايةً للأطباء برفض التقيد بقرارات الرعاية الصحية لأسباب تتعلق بالضمير أو العقيدة الشخصية، وتسمح أربع عشرة ولايةً لمقدمي الرعاية بمنع أو إيقاف المعالجة الطبية على أساس قناعات أخلاقية أو عقائد دينية. كما تسمح ولاية أوريغون لمنظمات الرعاية الصحية أو موظفيها رفض العمل عكس قناعاتهم الفلسفية[٢٢]، وينطبق بند عدم الامتثال للأطباء والمستشفيات في كاليفورنيا إذا كانت معالجة مطلوبة «تتطلب رعاية صحية غير فعالة طبياً، أو رعاية صحية مخالفة لمعايير الرعاية الصحية المقبولة تنطبق على مقدم الرعاية أو المنظمة[٢٣]. وبالمثل يسمح قانون تكساس للأوامر المسبقة (١٩٩٩م) – ويعرف بقانون تكساس للرعاية العبثية– لمرافق الرعاية الصحية أن توقف المعالجة التي تبقي على

الحياة بعد عشرة أيام من إعطاء مذكرة مكتوبة، ما دام الطبيب المعالج يقرر أن المعالجة غير ملائمة طبياً[٢٤]، ورغم تلك القوانين فإن من المشكوك فيه أن يرفض الأطباء أو المستشفيات توفير الخدمة التي يرونها عبثية إلا بعد فترة طويلة من المعالجة التي تبقي على الحياة، وعندما يكون التنبؤ بمآل حالة المريض مؤكد. وهناك احتمال كبير أن يكيل الجمهور ووسائل الإعلام الاتهامات بحدوث قتل الرحمة التطوعي السلبي، أو أن المرضى يعاملون بطريقة غير إنسانية، وتبين ردود الفعل لحالات المعالجة العبثية ذائعة الصيت وواسعة الانتشار المستوى المرتفع لجهل العامة، وفي هذه البيئة قد يؤدي تطبيق أدلة المعالجة العبثية إلى حدوث كارثة في العلاقات العامة، ومع ذلك يجب أن يكون لدى منظمات الخدمات الصحية أدلة أو سياسات للمعالجات العبثية.

يشجع وجود الأدلة الأطباء على اتخاذ خطوات نحو منع أو إيقاف المعالجة العبثية إذا كان ذلك ملائماً، وبتشجيعهم هكذا، قد تنتج نقاشاتهم الصريحة مع المرضى أو الأوصياء نتائج متسقة مع أدلة المعالجة العبثية، وعند إشعار المرضى أو الأوصياء باعتراضهم الأخلاقي على استمرار المعالجة - لأنها غير ملائمة طبياً ومؤذية - قد يحصل الاطباء على الموافقة بدون اللجوء إلى الاستشهاد بأدلة المنظمة. وقد لا يكون خيار «نقل المريض إلى خارج المنظمة» متاحاً لأنه من الأرجح أن حالة المرضى الصحية لا تسمح بنقلهم، أو لن يقبلهم مرفق آخر، إلا أن النقاش حول النقل إلى خارج المنظمة يفيد في إقناع المرضى أو الأوصياء بجسامة المشكلة وجديتها. وتزداد صعوبة النقل إلى خارج المنظمة إذا اتفقت جميع المستشفيات في منطقة ما على مجموعة مشتركة من أدلة المعالجة العبثية، وقد تم فعلاً تطوير أدلة تشمل المدينة بأكملها في كل من مدينة نوكسفيل بولاية تنيسي ومدينة هيوستن بولاية تكساس، وبذلك تضطر المنظمة بعد فترة معقولة من الوقت - بدون مصدر بديل للرعاية - إلى العمل على منع أو إيقاف المعالجة العبثية.

إلا أن مفهوم المعالجة العبثية لا يخلو من الانتقاد كما يتبين في الحالة أدناه[٢٥].

معرفة ما إذا كان يجب التوقف ومتى؟

تعرضت إمرأة في الثامنة عشر من العمر لإصابات وخيمة في الدماغ جراء حادث مروري في عام (١٩٨٧م)، وبعد بضعة أسابيع في غيبوبة فتحت عينيها ولكنها كانت غير مستجيبة تماماً لمدة (١٥) شهراً، ثم لاحظت الممرضات مؤشراً جيداً عندما بدا لهن أنها استجابت لأوامرهن

مرتين بتحريك قدمها أو إغلاق عينيها. كانت تلك الاستجابات نادرة، ولكن بعد شهرين أعطاها الأطباء عقاقير لتحسن يقظتها، وأخذت حالتها بالتحسن تدريجياً، وعلى مر الزمن تعلمت الإجابة على أسئلة متعددة الخيارات، وحساب مسائل رياضية بسيطة باستخدام طرف العينين (blinks)، وفي إحدى المرات أشرّت بما معناه "أحبك يا أماه".

بعد مضي ثلاث سنوات على الحادث كانت تتواصل بانتظام بواسطة طرف العينين وتحرك ذراعيها بعض الشيء، وبعد خمس سنوات كانت تحرك فمها بكلمات وجمل قصيرة. ورغم أن سعة انتباهها كانت محدودة بمدة (١٥) دقيقةً كانت تحب أن تدلل وتستمتع بممازحة ممرضاتها، حيث كانت دعابتها المفضلة التظاهر بعدم معرفتهن.

ابتهجت والدتها جداً واستمتعت بكل درجة يسيرة من التقدم، وخرجت الشابة من المستشفى إلى بيتها بعد مرور خمس سنوات وشهرين على إصابتها، وهي تعتمد على الآخرين اعتماداً تاماً وتجاوزت تكاليف رعايتها المليون دولار[٢٦].

تشير هذه الحالة المأساوية إلى بعض صعوبات تطبيق أدلة المعالجة العبثية، إذ - بخروجها من حالة استتباتية مستديمة - تعد النتائج النادرة لحالة هذه المريضة خارقة وأعجوبية، وقد استمرت المعالجة بإلحاح أسرتها وإصرارها ولو طبقت أدلة المعالجة العبثية لماتت.

المضامين:

تتجاوز نظرية العبثية كثيراً مفهوم الاستقلالية المعاصر، فاستقلالية المريض هي حق سلبي، حق التخلص من المعالجة غير المرغوبة وحق المريض أن يقول كفى. أما نظرية العبثية فهي تحصر ما هو مؤكد على أنه حق إيجابي، حق المطالبة بالمعالجة، حتى حينما لا توجد منفعة طبية من تلقيها، ومن الناحية الأخلاقية، يتفق على عدم وجود الحقوق الإيجابية بصفة عامة.

وتسعى نظرية العبثية إلى معالجة قضايا الرعاية الاستثنائية المتباينة المرهقة، وصانع القرار فيها هو الطبيب ونصت عينة الأدلة أعلاه على الحاجة إلى تثقيف وإبلاغ المريض، إلا أن المريض وأسرته ليسوا ملزمين بالموافقة على القرار. وتختلف

نظرية العبثية عن صنع القرار المشترك كثيراً في ما يعد علاقة مثالية غير أبوية بين الطبيب والمريض، وفي الواقع فإن المشكلة التي تسعى نظرية العبثية إلى تناولها قد تعزى جزئياً فقط إلى مطالب المريض. وتوثق الدراسات والبحوث الكثير من القصور في رعاية المرضى المصابين بمرض عضال ويشرفون على الموت وخاصة فيما يتعلق بفاعلية تواصل الطبيب والمريض.

فنتائج دراسة لفهم مسار وتطور حالة المريض وتفضيلات المخرجات ومخاطر المعالجات (Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments- SUPPORT) مقنعةٌ جداً:

كان مرضى دراسة لفهم تنبؤات حالة المريض وتفضيلات المخرجات ومخاطر المعالجات مصابين بأمراض خطيرة وأصبح موتهم وشيكاً، ومع ذلك كانت النقاشات والقرارات قبل الموت بمدة غير شائعة، وقد تمت كتابة حوالي نصف أوامر عدم الإنعاش قبل الوفاة بيومين، وقد شملت فترة التنويم النهائية لنصف المرضى أكثر من ثمانية أيام في حالة مزرية، كأن يكون المريض في وحدة العناية الفائقة أو يتلقى التنفس الصناعي أو في غيبوبة. أشارت الأسر أن نصف المرضى الذين كان بإمكانهم التواصل في آخر أيامهم قضوا معظم الوقت في ألم متوسط أو شديد[٢٧].

وقعت تلك النتائج في مرحلة المداخلة من الدراسة (SUPPORT) رغم تواجد الممرضات اللاتي كانت مهماتهن تحسين التواصل وتشجيع المريض وأسرته على المشاركة في إجراءات صنع قرار مطلع متعاون مع طبيب واسع الاطلاع، واستنتج الباحثون الحاجة إلى احتياطات استباقية وقوية، وقدر عدد المرضى الذين يوافون معايير دراسة (SUPPORT) بحوالي (٤٠٠٠٠٠) من المنومين سنوياً في الولايات المتحدة، وتؤكد تلك النتائج الأسلوب الذي يبدو قاسياً في أدلة المعالجة العبثية والذي أدرجناه سابقاً ولكن هناك ما يستدعي الحذر.

ونتيجة للمرحلة الأولى من دراسة (SUPPORT) تقصى الباحثون تأثير أدلة المعالجة العبثية -على أساس التنبؤ بمآل الحالة - على النجاة وطول فترة التنويم، على مجموعة من الراشدين الذين يعانون أمراضاً خطيرة، وقاموا بحساب أيام المستشفى التي ما كانت ستستخدم، ففي اليوم الثالث تم إيقاف المعالجة التي تبقي على الحياة، أو لم يشرع فيها للمرضى الذين قدر احتمال نجاتهم لمدة شهرين بمقدار (١٪) أو أقل،

فوجدوا أن (١٠،٨٪) فقط من أيام المستشفى كانت ستوفر وأن توفير التكاليف سيكون متواضعا[٢٨].

لــو أن عدداً كبيراً من المرضى طالــب بمعالجات عبثية لكان لأدلة المعالجة العبثية تأثيــرات مهمة عديــدة منها: أن قتل الرحمة التطوعي الفاعــل (voluntary active euthanasia) (أي أن المرضــى أو أوصيائهــم قــد وافقوا) لن يوجــد إلا من الناحية النظريــة ولن يكــون لــه داع إلا نادراً، وســيتزايد قتــل الرحمة اللاإرادي الســلبي (involuntary passive euthanasia) (أي لم يوافق المريض أو أوصيائه) بشــكل كبير، كما قد تشــعر أدلة المعالجة العبثية الأطباء بأنهم غير ملزمين بمناقشــة مرضاهم أو أوصياء المرضى.

يوجد تناقض جلي بين العلم وجودة الحياة المشار إليها في تعريف المعالجة العبثية آنف الذكر، ويثير هذا التناقض سؤالاً حول ما إذا كان هناك قرار أبوي لجودة الحياة يتنكر بشــكل صنع قرار علمــي موضوعي، فإن صح هذا تكون أدلــة المعالجة العبثية خطوة كبيرة إلى الخلف لاســتقلالية المرضى وتلك عودة إلــى زمن أبوية الطبيب في التقليد الأبوقراطي.

مــن النتائــج الأخرى المحتملة أن يصبــح (الحق في الموت) (الواجــب في الموت)، فهل تضع سياســات المعالجة العبثية منظمات ومقدمي الخدمات الصحية على منزلق خطير؟ وهل ستصبح السياســات أوسع ويتزايد تركيزها على جودة الحياة التي يقرر الإكلينيكيــون أنها مقبولــة للمرضى؟ ولا يمكن الإجابة على تلك التســاؤلات إلا بأثر ارتجاعي واستعادة الأحداث الماضية الأمر الذي لا يبشر بالخير.

الخلاصة:

بغياب البيانات التي تظهر أن المرضى وأوصياءهم يطلبون -عادةً- علاجات يعدها مقدمــو الرعاية عبثيــة؛ فمن المحتمل أن المشــكلة التي تحلها أدلــة العبثية لا وجود لها أساســاً، بالإضافة إلى ذلك ينبغي استكشــاف وتقصي نتائج الباحثين في دراسة (SUPPORT) المتعلقة بالتأثير الاقتصادي والتدقيق فيها.

فإذا كان هناك مشــكلة فعلاً فالحل البديل الأول هــو البقاء على الوضع الراهن، أي يجــب أن يوافق المرضى وأوصياؤهم على إيقاف المعالجة بعد أن يقرر الأطباء أنها عبثية. وبالإمكان تعديل ذلك البديل بعض الشيء من خلال تحسين مهارات التواصل

لـدى الأطباء ومقدمي الرعاية الآخرين، من غير المسـتبعد أن المرضى وأوصياءهم لا يفهمون تقديرات احتمال مآل الحالة تماماً، فبالإمكان مثلاً اسـتخدام مهارات مهنيي الصحـة كالمرضات وموظفي الخدمة الاجتماعيـة بكفاءة أكبر، ولا يجب ترك المهمة علـى عاتق الأطباء ولجان الأخلاقيات فقط لأنه من الأرجح أن تكون كلتا الفئتين أكثر رهبةً للمرضى والأوصياء.

متممات أدلة الرعاية العبثية.

تمكين الموت الطبيعي:

يتـم طلب تمكين الموت الطبيعي (allow natural death- AND) عندما يقرر مريض يشـكو من علة انتهائية (أو وصيه) التخلي عن المداخـلات مثل الإنعاش القلبي الرئوي (CPR) للبقاء على الحياة، وفي واقع الأمر طلب تمكين الموت الطبيعي (AND) هو أمر عدم الإنعاش (DNR) ، ويصحب شرح معنى وتبعات أمر عدم الانعاش للمرضى وأسرهم بالاضافة إلى أنه قد يوحي بأن المريض سوف يتلقى رعاية منقوصة لعدم إتاحة الانعاش القلبـي الرئوي أو جهود أخرى مماثلة، ويدفع هذان الجانبان من أمر عدم الإنعاش إلى عدم الاستمرار في استخدامه عندما يفي أمر تمكين الموت الطبيعي بالغرض. علماً بأن المرضى الذين وضعوا أمر تمكين الموت الطبيعي يتلقون الرعاية التلطيفية التي تشـمل الإماهة والتغذية وتسكين الألم، ولكن توفير الماء والطعام صناعياً هو قرار مختلف، ولكن رفضهمـا يقـع ضمن ثوابت أمر تمكين الموت الطبيعي، ومـا يتم تجنبه هنا هو المعالجة المكثفة التي تتدخل لتبطئ عملية الموت لشخص يعاني من اعتلال انتهائي.

الرعاية التلطيفية:

تعرف منظمة الصحة العالمية الرعاية التلطيفية كالتالي:

هـي أسـلوب يحسـن جودة الحيـاة للمرضى وأسـرهم الذين يواجهون المشـكلة المرتبطة بالمرض الذي يهدد الحياة، من خلال منع وتخفيف المعاناة عن تحديد المعالجة المبكرة للألم والمشـكلات الأخرى البدنية والنفسية والاجتماعية والروحانية وتقييمها الدقيق[٢٩].

بالإضافة إلى تخفيف الألم وتسكينه، تعد الرعاية التلطيفية الموت جزءاً طبيعياً من الحياة فهي لا تعجل الموت ولا تؤجله، والمهم في تطبيقها هو منظومة دعم تعتمد على

العمل الجماعي وروح الفريق للمرضى وأسرهم، حيث تسعى الرعاية التلطيفية إلى تعزيز جودة الحياة والتأثير الإيجابي في مسار المرض. بالإمكان استخدام هذا النوع من الرعاية بالتزامن مع علاجات يؤمل منها إطالة الحياة كالعلاج الكيماوي كما قد تشمل مداخلات أخرى تهدف إلى فهم وإدارة المضاعفات الإكلينيكية[٣٠].

من نتائج ومجريات الرعاية التلطيفية، هناك التهدئة التلطيفية لفقدان الوعي (palliative sedation to unconsciousness-PSU) وهي معالجة مقصورة على المرضى المصابين بعلة انتهائية، إلا أنه حتى في هذه الحالة فهي مخصصة "للحالات التي تستمر فيها الأعراض المؤلمة رغم الجهود المبذولة من مختصين مختلفين للتوصل إلى معالجة تلطيفية لا تؤثر في مستوى وعي المريض."[٣١] ويجمع علم الطب على أن التهدئة التلطيفية لفقدان الوعي هي معالجة طبية؛ وبالتالي لا تعد قتل الرحمة الفاعل[٣٢]، وهي مشابهة للتهدئة الانتهائية (terminal sedation) التي تمت مناقشتها في الفصل الحادي عشر. لكل من التهدئة التلطيفية لفقدان الوعي أو التهدئة الانتهائية تأثير متأصل في طبيعتهما وهو تقصير الحياة على الرغم أن ذلك التأثير لم يكن مقصوداً، ويحتم ألم المريض الشديد التوغل في التلطيف إلى درجة تعجيل الموت. وهنا ينطبق قانون الأثر المزدوج على التهدئة التلطيفية والانتهائية، فتسكين الألم أو تخفيفه هو أمر محمود ومرغوب، ويقصد من يؤديه هذا التأثير المحمود ويسعى إليه، أما تعجيل الموت فلم يكن مقصوداً، وكلا الأسلوبين التلطيفيين يتاخمان قتل الرحمة الفاعل التطوعي (أو اللاإرادي) ويعد خط المتاخمة هذا متجاوزاً إذا تجاوز التلطيف مستوى تسكين ألم المريض.

التقييم الكمي:

يتزايد تواجد الأساليب الموضوعية للتنبؤ بنجاة المريض أو احتمال نتيجة إكلينيكية جيدة، ومن هذه الأساليب هناك ما يعرف بنظام التقييم الفزيولوجي الحاد والصحة المزمنة (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation-APACHE) ويمكن استخدامه لمساعدة صناع القرار (المرضى أو الأوصياء) لمعرفة أفضل مسار للعمل، وقد تم تطويره في مستشفى جامعة جورج واشنطن في عام (١٩٨١م)، وتم تطوير النسخة المبسطة منه (APACHE II) في عام (١٩٨٥م) ويستخدم (١٢) متغيراً فزيولوجياً بالإضافة إلى العمر ووضع الصحة المزمن، للتنبؤ بالنتائج المحتملة للمعالجة، وقد أنتج المزيد من التحسين والتطوير النسخة (APACHE III) الثالثة

في عام (١٩٩٠م)[٢٣] ثم النسخة الرابعة (APACHE IV) في عام (٢٠٠٦م)[٢٤]. تعزز النظم والأساليب مثل نظام التقييم الفزيولوجي الحاد والصحة المزمنة (APACHE) استعمال موارد الرعاية الحرجة بكفاءة وخاصةً استخدام وحدات الرعاية الفائقة، إذ لا ينبغي تنويم المرضى الذين هم بصحة جيدة أو صحة متدهورة في وحدات الرعاية الفائقة، فالأول لا يحتاج تقنيتها المرتفعة، والثاني يموت رغماً عن تلك التقنية[٢٥]. وفي النهاية توفر نظم التقييم -التي تحدد مقداراً كمياً لاحتمال النجاة- لكل من المرضى والأوصياء والأطباء مكملاً مهماً لصنع القرار.

التغيرات المجتمعية:

يوفر التقييم الكمي المدرج أعلاه تقديراً موضوعياً لاحتمال نجاح المعالجة، وتتطلب الأساليب الأخرى تغيير طريقة التفكير في الرعاية عند نهاية الحياة، ومن الحلول طويلة المدى لذلك تغيير الافتراضات والتصورات عن المعالجة. ففي الوقت الراهن يفترض أن توفر وتتخذ جميع المداخلات في عدم وجود أوامر عكس ذلك، وهذا الافتراض الذي يعكس نظرية بيكون عن العلم الذي يقهر الطبيعة ويروضها، قد تَركَّز وثبت في القانون. يتطلب إدراك محدودية الطب وإقراره العودة إلى التقاليد الأبوقراطية[٢٦]، وقد يصبح الافتراض الجديد أنه بعد تشخيص حالة بأنها علة انتهائية، أو أنها حالة إنباتية مستديمة، لن تُوفر المعالجة إلا إذا كانت ترجح استفادة المريض منها.

والبديل الآخر هو تطوير وتطبيق معايير المجتمع، حيث لن يكون تطبيقها أمراً يسيراً، ولكن تستطيع جميع منظمات الخدمات الصحية المشاركة في جوانبها التشغيلية، والفكرة هنا هي حماية موارد المجتمع، حيث إن تجسيدها المعاصر هو المعايشة التعاونية (communitarianism)، وهو مفهوم ناصره وأيده آميتاي إتزيوني (Amitai Etzioni)، وتتعلق المعايشة التعاونية بإدراك محدودية الموارد والعمل بتعاون ضمن تلك المحدودية، وتوفر الخدمات ضمن إطار تلك الحدود وهو أسلوب شبيه ببرنامج أوريغون للتأمين الصحي (وهو برنامج مديكيد في أوريغون)[٢٧].

الخاتمة:

تنتشر تساؤلات تحصيص الموارد بين جميع منظمات الخدمات الصحية، وأخذت تتنامى أهمية قضايا كل من التحصيص الكلي والدقيق مع تزايد القيود الاقتصادية، ومن الضروري أن ترشد الفلسفة المنظمية وبيانات الرؤية والرسالة قرارات التحصيص

تلك. يتطلب هذا النوع من الإرشـــاد مســـتوىً مرتفعاً من الدقة والنوعية لا يوجد في الكثير من المنظمات، ولا بد من التغلب على ذلك القصور.

قد تلجأ المستشـفيات التي لديهـا حجم كبير من الرعايـة المجانية غير المعوضة إلى توفير خدمـات يتم تعويضها بمعدلات مرتفعة لتوازن الخســائر، وعلى منظمات الخدمـات الصحية الناجحة مالياً أن تتســاءل عما إذا كانت تفـي بالتزاماتها بمبدأ العدالــة بأن توفر خدمات غير مربحــة ولكن لها احتياج كبير وتنفع المجتمع ككل، كما عليها أن تتساءل أيضاً عما إذا كانت تفي بواجبها بالإحسان العام من خلال استخدام الفائض لديها لتساعد الأشخاص الذين قد يكونون بحاجة إلى خدماتها.

أصبحـت أدلـة المعالجة العبثية أكثر انتشـاراً، وقبل تطويرهـا كان ينبغي تحديد مـدى المشـكلة وأبعادها، وقد تكون الإصلاحات الأخرى الممكنة - كالتثقيف الأوســع عن التعليمات الطبية المسـبقة وتحســين إجراءات الحصول على تلك التعليمات حول السـجلات الطبية - أكثر فاعلية، إلا أن أكثر استخدامات أدلة المعالجة العبثية أهمية هي توفير الدعم المعنوي والإداري للأطباء، الذين ستستفيد ممارساتهم الإكلينيكية من تحديد وفهم المعالجة العبثية، وتباعاً لذلك، قد تســتخدم تلك الأدلة لإقناع المرضى أو أوصيائهم بمنع أو إيقاف المعالجة التي لا توفر أملاً معقولاً بالمنفعة.

الهوامش:

1. Charles Fried. (1976, February). Equality and rights in medical care. Hastings Center Report 6, pp. 29–34.

2. From Beaufort B. Longest, Jr., & Kurt Darr. (2008). Healthcare technology. In Managing health services organizations and systems (5th. ed., pp. 156–157). Baltimore: Health Professions Press; adapted by permission.

3. Milt Freudenheim. (2003, May 23). Art, commerce and a heart transplant denied. New York Times, p. C1.

4. From Jonathon S. Rakich, Beaufort B. Longest, Jr., & Kurt Darr. (1985). Managing health services organizations (2nd ed., pp. 139–140). Philadelphia: W.B. Saunders; adapted by permission.

5. James E Childress. (1970, Winter). Who shall live when not all can live? Soundings: An Interdisciplinary Journal 53(4), pp. 339–355; Nicholas Rescher. (1969, April). The allocation of exotic medical lifesaving therapy. Ethics 79(3), pp. 173–186.

6. Paul Ramsey. (1970). The patient as person (p. 252). New Haven, CT: Yale University Press.

7. From Beaufort B. Longest, Jr., Jonathon S. Rakich, & Kurt Darr. (2000). Ethics. In Managing health services organizations and systems (4th. ed., pp. 676–677). Baltimore: Health Professions Press; adapted by permission.

8. Sources for the Sidney Miller case: Kris Axtman. (2003, March 27). Baby case tests rights of parents. Christian Science Monitor. Retrieved March 28, 2011, from http://www.csmonitor.com/20030327//p01s01-usju.html; Vida Foubister. (2001, February 5). Texas court overturns ruling on resuscitation of premature baby. American Medical News. Retrieved May 6, 2004, from http://www.ama-assn.org/amednews/200105/02//prsb0205.htm; Traci Neal. (2002). Who has the right to decide when to save the sickest babies? Hartford Advocate. Retrieved May 6, 2004, from http://old.hartfordadvocate.com/articles/pulling theplug.html; Anthony J. Sebok. (2002, December 2). When a hospital ignores parents' request to let their newborn die, is it a tort? FindLaw. Retrieved March 28, 2011, from http://writ.news.findlaw.com/sebok/20021202.html.

9. David B. Waisel & Robert D. Truog. (1995, February 15). The cardiopulmonary resuscitation-not-indicated order: Futility revisited. Annals of Internal Medicine 122(4), pp. 304–308.

10. Man in coma awakes, believes Reagan is still president. (2003, July 10). Washington Times, p. A10.

11. Wesley J. Smith. (2001, July 23)."Futile care" and its friends. Weekly Standard. Retrieved May 3, 2004, from http://www.weeklystandard.com/Utilities/ printer_preview.asp?idArticle=230&R=9E37234FA; Wesley J. Smith. (2002, December). Futile care theory and medical fascism: The duty to die. Front- Page Magazine. Retrieved March 28, 2011, from http://www.indiadivine.org/ audarya/ayurveda-health-wellbeing/969400-futile-care-theory-medical-fas cism.html.

12. Dan Larriviere & Richard J. Bonnie. (2006, June). Terminating artificial nutrition and hydration in persistent vegetative state patients: Current and proposed state laws. Neurology 66, pp. 1624–1628.

13. In re Wanglie, No. PX-91283- (Minn. Prob. Ct. Hennepin County June 28, 1991), reprinted in A. Capron. (1991, September). In re Helga Wanglie. Hastings Center Report 21(5), p. 26.

14. In the matter of Baby "K." 832 F. Supp. 1022 (E.D. Va. July 1, 1993).

15. In the matter of Baby "K." 16 F. 3d 590 (4th Cir., February 10, 1994).

16. Bill Miller & Marylou Tousignant. (1993, September 25). Mother fights hospital to keep infant alive. Washington Post, p. A14.

17. Marylou Tousignant & Bill Miller. (1995, April 7). Death of "Baby K" leaves a legacy of legal precedents. Washington Post, p. B3.

18. Trinity Health. (2001, December). Q&A: Guidelines on medically futile treatment. Novi, MI: Author.

19. Trinity Health. (2001, December). Trinity Health guidelines on medically futile treatment. Novi, MI: Author.

20. Ibid.

21. Ibid.

22. Monica Sethi. (2007, December). A patient's right to direct own health care vs. a physician's right to decline to provide treatment. Bifocal 29(2), pp. 27–28.

23. Veda Foubister. (2000, August 14). California law facilitates advance directives for end-of-life medical care. American Medical News. Retrieved November 14, 2003, from http://www.ama-assn.org/amednews/200014/08//prsb0814.htm.

24. The Texas Advance Directives Act, § 166.046. (1999). Retrieved December 29, 2010, from http://www.statutes.legis.state.tx.us/docs/Hs/htm/HS.166.htm.

25. Nancy Valko. (2003). Futility policies and the duty to die. Voices 18(1). Retrieved March 24, 2004, from http://www.wf-f.org/031--Futility.html.

26. Nancy L. Childs & Walt N. Mercer. (1996). Brief report: Late improvement in consciousness after post-traumatic vegetative state. New England Journal of Medicine 334(1), pp. 24–25; "Permanent" coma can be misnomer, Texas case shows. (1996, January 4). Washington Post, p. A16.

27. The SUPPORT Principal Investigators. (1995, November 2229/). A controlled trial to improve care for seriously ill hospitalized patients: The Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments (SUPPORT). Journal of the American Medical Association 274(20), p. 1595.

28. Joan M. Teno, Donald Murphy, Joanne Lynn, Anna Tosteson, Norman Desbiens, Alfred E. Connors, Jr., Mary Beth Hamel, Albert Wu, Russell Phillips, Neil Wenger, Frank Harrell, Jr., & William A. Knaus for the SUPPORT Investigators. (1994, November). Prognosis-based guidelines: Does anyone win? Journal of the American Gerontological Society 42, pp. 1202–1207.

29. World Health Organization. (2011). WHO definition of palliative care. Retrieved March 6, 2011, from http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/#.

30. Ibid.

31. Jeffrey T. Berger. (2010, May/June). Rethinking guidelines for the use of palliative sedation. Hastings Center Report 40(3), p. 33.

32. Ibid.

33. SATELLIFE. (2002, December 28). Critical care medicine: Introduction. Retrieved January 9, 2004, from http://www.healthnet.org.np/resource/thesis/ anes/Introduction. PDF.

34. K. Strand & H. Flaatten. (2008). Severity scoring in the ICU: A review. Acta Anaesthesiologica Scandinavica 53, p. 470.

35. SATELLIFE. (2002, December 28). Critical care medicine: Literature review. Retrieved January 9, 2004, from http://www.healthnet.org.np/resource/thesis/ anes/ Introduction.PDF.

36. Nancy S. Jecker. (1991, May/June). Knowing when to stop: The limits of medicine. Hastings Center Report 21(3), pp. 5–8.

37. Amitai Etzioni. (2003). Organ donation: A communitarian approach. Kennedy Institute of Ethics Journal 13(1), pp. 1–18.

الفصل الرابع عشر

المسؤولية المجتمعية

نفحص في هذا الفصل ثلاثة أبعاد للمسؤولية المجتمعية لمنظمات الخدمات الصحية، التي تؤطّر عادة على أنها التباين بين الخدمات والأداء المالي. أحد الأبعاد هو حماية وتحسين موجودات المنظمة في الوقت الذي تعظّم فيه منفعة المجتمع، والثاني هو التزام منظمات الخدمات الصحية الأدبي بتوفير الخدمات التي تلائم احتياجات المريض، بدون أي إشارة إلى صنع القرار المبني على عوامل لا صلة لها بالموضوع كالعمر والجهة التي ستدفع التعويض والعرق والجنس، أما البعد الثالث للمسؤولية المجتمعية الذي نتناوله هنا فهو التزام المنظمة بحماية المصلحة العامة من حيث الموارد الخاصة والموارد العامة مثل مديكير ومديكيد.

منفعة المجتمع:

ينبغي أن تكون لاحتواء التكاليف وتحسين الكفاءة أهمية بالنسبة للموظفين الإداريين، لأنها في المحصلة النهائية تنفع المجتمع ويجب كذلك أن تكون محور تركيز الإكلينيكيين أيضاً.

أوضاع مختلفة وتكاليف مختلفة:

في أواخر عام (١٩٩١م) أجرى مستشفى متروبوليتان مفاوضات ناجحة لمشروع مشاركة بالتساوي مع مجموعة من ستة أطباء مختصين في الجهاز الهضمي لتأسيس مركز مستقل للتنظير الداخلي (free standing endoscopy center) كانت تلك الاتفاقية امتداداً طبيعياً لارتباط طويل المدى مع المجموعة نفسها ذات التخصص المنفرد، والتي كان أعضاؤها منتسبين إلى الهيئة الطبية في مستشفى متروبوليتان لأكثر من عشر سنوات، وقد أدى هؤلاء الأطباء الستة ثلثي عمليات التنظير الداخلي بالمستشفى.

أدارت أليس ماكالين -وهي من موظفي المستشفى- المركز بالإضافة إلى إدارة خدمات التنظير الداخلي للمنومين بالمستشفى. وقد أظهرت

بيانات التكاليف أن تكاليف التنويم بالمركز حوالي (٥٣٪) أقل من تكاليف التنظير الذي يجرى في المستشــفى، وكان يُظن أن ارتفاع مســتوى حدة المــرض لدى المنومين بالمستشــفى أدت إلى رفع التكاليــف كثيراً، إلا أن التقصي بيَّن أن تأثير ذلك كان هامشياً.

ولاحظــت ماكالين فروقات كبيرة في المواقف والتوجهات بين الأطباء حســب المكان الذي يعملون فيــه، وبصفتها مدير المركــز، كثيراً ما كان يعرض عليها الأطباء أفكاراً لخفض التكاليف مثل التحول إلى استخدام بعض المستلزمات التي تستخدم أكثر من مرة، وأخذ الأطباء على عاتقهم الطلب مــن الفنيين بتذكيرهــم بتكلفة المواد المكلفة التي تســتعمل لمرة واحدة فقط قبل فتح حاوياتها، إضافةً إلى ذلك اقتفوا وراقبوا استهلاك بعضهم البعض لتحديد من منهم يبالغ في اســتخدام المواد، أو يستخدم المواد المكلفة رغم ملاءمــة بديل أرخص. وقد ناقش الأطباء -من تلقاء أنفســهم- السبل التي يمكنهم من خلالها رفع الكفاءة التشغيلية بالمركز، وأشاروا إلى تعديلات في الجدولة للتقليل من وقت التعطيل.

ولم ينتقل الكثير من هذا الاهتمام بخفض التكاليف إلى المستشــفى، فعند العمل في المستشــفى - حيث لا يتعمد الأطباء الإسراف والتبذير ولــن يتضح عدم اهتمامهم بتطوير خفض التكاليف أو البدء فيه - كانت ماكالــين تأمــل أن تنتقل أنماط الاســتعمال من المركز إلى المستشــفى أوتوماتيكياً، ولكن بعد قرابة الســنة لم يحدث ذلك إلا هامشياً واستمر الفــرق الكبير في التكلفة بين المركز والمستشــفى، وكانت تعلم في قرارة نفسها ضرورة عمل شيء ما، ولكن ماهو؟

الهــدر والتبذير هو قضيةٌ أخلاقية، ومن الواضح أن المضامين المالية حتى للملكية المشــتركة تجعل الأطباء أكثر اهتماماً وأشد رغبة في تحسين كفاءة المركز. يعد تغيير توجهات الأطباء نحو اســتعمال المــوارد من التحديات الكبرى التــي تواجه المديرين، وينعكس فــي الجهود الرامية إلى ربط الأطباء بنجــاح المنظمة الاقتصادي من خلال ترتيبات مثل منظمات الأطباء والمستشفى المشتركة. قد تحاول ماكالين إرغام الأطباء على التغير ولكن ذلك قد يعرضها لكراهية الأطباء وعدم اكتراثهم بها، كما قد يفســر الأطباء فرض تطبيق توقعات وأنماط العمل من المركز على المستشــفى بأنه تدخل في

الآراء المهنية وصنع القرار، لاسيما أن المرضى ينومون عند إجراء التنظير الداخلي في المستشفى. ومن النشاطات الضرورية التي يجب أن تؤديها ماكالين هو تثقيف الأطباء والعمل معهم بصبر وتؤدة للوصول إلى إدراكهم لإمكانية تطبيق ونقل الكفاءة من المركز إلى المستشفى فيما هي تجسد فضيلة التوفير والتدبير، فتحسين الكفاءة (وهي واجبٌ عام للإحسان) ينفع المجتمع من خلال تخفيض التكاليف مما يجعل الخدمات الصحية ميسورة التكلفة وفي متناول الجميع.

إضافةً إلى خفض التبذير، يقع على منظمات الخدمات الصحية التزامٌ أدبي بتحصيل الديون المستحقة لها. ويتوقع من المنظمات غير الربحية توفير الرعاية المجانية – وهي خدمات توفر المنفعة للمجتمع – لكي تحافظ على وضعها الضريبي الخاص، ومع ذلك، يجب عليها، بل يفترض أن تتخذ خطوات معقولة لتحصيل الأموال المستحقة لها قانونياً، وجزءٌ من التزام منظمات الخدمات الصحية الإئتماني نحو منطقة خدماتها هو الحفاظ على وضعها ونجاحها المالي، إلا أن تحصيل الديون الصارم يثير قضايا أخلاقية حتى لو كانت نشاطات وإجراءات المنظمة ضمن حدود القانون.

ملاحقة[١].

يضم مستشفى ميموريال (٢٥٠) سريراً وهو منظمة غير ربحية وناجحة مالياً، ولكنه يعاني من مشكلة مزمنة مع الحسابات المدينة ويشطب من الديون المعدومة كل سنة أكثر من أي مستشفى غير ربحي بحجمه، ثم وظف المستشفى مستشاراً مالياً أفادهم بضرورة اتباع الحزم والشدة في متابعة ديون المرضى والمطالبة بسدادها، وأوصى برفع دعاوى قضائية بحق المدينين والحجز على مرتبات المرضى ووضع اليد على المبالغ المعادة من ضرائب الدخل، ولكن عند شرح الأسلوب الجديد اعترض بعض موظفي الإدارة العليا. إلا أن الرئيس التنفيذي والمدير المالي قررا في النهاية اتباع الأساليب القانونية المتطرفة التي أوصي بها.

وكأقصى تعبير لجهود التحصيل، تم القبض على المدينين الذين لم يحضروا للمحكمة تطبيقاً لحكم القاضي الذي ترأس الجلسة، وكانت أحكام القاضي نتيجةً لسلطة المحكمة لعقاب كل من يتغيب عن الحضور إذا أمر بذلك، وقد حُبس المدينون لفترات قصيرة إلى أن دفعت الكفالة، وتسببت جهود التحصيل في إفلاس البعض الآخر.

عندما علمت وســائل الإعلام بسياسة مستشفى ميموريال لتحصيل الديون، نشَرت قصصاً انتقادية، وقد لاحظ أحد الصحفيين الأذكياء أنه كان يطلب من المرضى غير المؤمن عليهم دفع الرســوم كاملةً لا التعريفة المخفضة التي يدفعها المتعاقدون مع المستشفى، والرسوم عادةً أكثر بكثير من التعريفة المخفضة.

وقد سعد الرئيس التنفيذي والمدير المالي جداً بخفض مبالغ الحسابات المدينة وفتراتها، ولكن أعضاء مجلس الإدارة بدؤوا يتساءلون عن ممارسات التحصيل كلٌ عن الآخر، وعن ممارسات الرئيس التنفيذي أيضاً.

تمثل الحالة أعلاه معضلةً أخلاقية لمنظمات الخدمات الصحية، وتنطبق هنا المقولة الشــائعة «لا هامش لا رســالة» (أي إذا لم يكن هناك هامش ربحي لن تتحقق رســالة المنظمة بتقديم الرعاية)، ويجب أن نتســاءل عما إذا كانت المستشــفيات تؤدي واجبها بالوفاء (fidelity) نحو منطقة خدمتها ومرضاها وموظفيها إذا ما بذلوا الجهد الكافي لتحصيل مســتحقاتها، إضافةً إلى ذلك فلدى المنظمات مزودون وتجار يجب الدفع لهم في حينه وإلا انقطعت مســتلزمات ومواد ضرورية. كما تدافع المستشــفيات عن تلك الممارســات بالإشــارة إلى أن عليهم تحصيل الديون المستحقة لهم لأن التكاليف تتزايد في الوقت الذي أخــذت فيه التعويضات من الأطراف الثالثة تدفع بالتناقص. وينبغي التساؤل عما إذا كانت ممارسات كالقبض على المديونين وإحضارهم إلى المحكمة تعامل المدين (المريض السابق) بكرامة واحترام، إلا أن المريض أيضاً مدين للمنظمة واحتياجاتها بالاحترام وربما لا تتمكن المنظمة من تحصيل مستحقاتها من المدين إلا بهذه الطريقة، ومما لا شــك فيه أن التغطية الإعلامية السلبية تضعف ســمعة المنظمة ومركزها في المجتمــع إلا أن من إيجابيــات ذلك للمنظمة أن معرفة الجميع بممارســات التحصيل المتطرفة ســتؤدي إلى الانتقاء الذاتي (self selection) حيث سيذهب المرضى الذين لا يرغبون أو لا يقدرون على الدفع مقابل الخدمات إلى منظمات أخرى وبذلك يتحسن وضع المستشفى المالي حتى لو انخفضت إمكانية الوصول إلى خدماته.

تتفاقم مشــكلات المستشفيات المالية بسبب الملايين من الناس بدون تغطية تأمينية، ويتفاوت عدد غير المؤمن عليهم حســب المنطقة والولايــة، وتتراوح تقديرات عدد غير المؤمــن عليهم في الولايات المتحدة بين (٤٥) إلى (٥٠) مليون شــخص، ومعرفة تركيبة تلك التقديرات مهمة لفهم مضامين "بلا تغطية تأمينية". حوالي (٢٥٪) من غير المؤمن عليهم مؤهلون للحصول على تأمين مديكيد أو برنامج الولاية للتأمين الصحي للأطفال

ولكنهم لم يسجلوا فيها، و(٢٠٪) من غير المؤمن عليهم ليسوا من الجنسية الأمريكية وبالتالي فهم أجانب بإقامة غير قانونية. كما أن نسبةً كبيرةً من غير المؤمن عليهم - يقدر بثلاثة أرباع العدد - لديهم القدرة المالية على شراء التأمين ولكنهم يمتنعون عن ذلك، إضافةً إلى ذلك فإن معظم غير المؤمن عليهم من صغار السن وبصفة عامة هم بصحة جيدة، وليس هناك ما يحفزهم على دفع رسوم التأمين المرتفعة التي تتطلبها تسعيرة المجتمع والتي تدعم تأمين كبار السن، وأخيراً، حيث يحصل معظم الأمريكيين على التأمين الصحي من خلال التوظيف فإن معظم غير المؤمن عليهم هم كذلك لفترة قصيرة فيما ينتقلون بين وظيفتين[٢]. إلا أن النقاش حول غير المؤمن عليهم يجب أن يركز في جوهره على تأثير الوضع التأميني على الوفيات، فعدم وجود اختلافات تذكر في معدلات الوفيات بين المؤمن عليهم وغير المؤمن عليهم يوفر معلومات مهمة عن كل من أهمية الوضع التأميني وقيمة إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية[٣].

اكتسبناه وسنحتفظ به!

مستشفى فريلاند مستشفى عام للرعاية الحادة غير ربحي ويقع في حي ثري في الضاحية، ويبلغ عدد المرضى المدرجين في برنامج مديكير أقل من (٢٠٪) من إجمالي المرضى بالمستشفي ويجني أقل من (١٪) من دخله من مرضى مديكيد، وتبلغ الديون المعدومة أقل من (٣٪) ووضعه المالي حالياً جيد.

وشيرود شورمان هو الرئيس التنفيذي لقرابة العشرين سنة، وهو جدير بالافتخار بالتغييرات والإنجازات التي حققها خلال توليه هذا المنصب، ومن تلك التحسينات إنشاء مؤسسة مستشفى فريلاند المحدودة التي تتلقى التبرعات الخيرية إضافة إلى فائض الدخل من تشغيل المستشفى. وخلال عشر سنوات فقط جمعت المؤسسة (١٢) مليون دولار، أُنفق منها مليونان لشراء أجهزة ومعدات.

يتساءل أحياناً أعضاء مجلس الإدارة ما إذا كان لدى المستشفى ما يكفي من الحس المجتمعي، ومن أكثر المقترحات شيوعاً في المجلس هو أن ينشئ المستشفى عيادات خارجية في وسط المدينة، فإمكانية الوصول إلى الرعاية الأولية هناك محدودة، وتمكن شورمان من الاستمرار في اجتناب تنفيذ تلك التوصيات غير الرسمية.

ثم وظف شــورمان مديراً للتســويق وهي مورين أورايلي وطلب منها تحديــد مبادرات جديدة لفريلاند. وأثمرت بحوث أورايلي التســويقية عن خطة شملت برنامج الرعاية قصيرة الأمد (respite care)، وعلاج الإدمان، والطب التأهيلي، ولاحظت أورايلي عدم وجود برامج منافســة في منطقة خدمة المستشفى، وأن تغطية الطلب المتوقع ستكون من خلال المرضــى الخاصين أو الدفع من طرف ثالث غيــر حكومي، ويتوقع على الأقل من الأخير دفع الرسوم، وقد أبدى شورمان حماسه إزاء المقترحات وطلب من مجلس الادارة مراجعة العرض.

ذهل شــورمان عندما واجهــت المخطط مقاومة شــديدة، مع أنه لم يختلف أي عضو من المجلس على الاحتياج الموثق جيداً لخدمات البرامج المقترحة والطلب المحتمل عليها، ولكن أقلقهم احتمال جناية دخل إضافي وضمه إلى صنــدوق الهبات، وقد أبدى عدد من الأعضاء اســتعدادهم لدعم المشاريع الجديدة فقط إذا استُخدم جزء كبير من الفائض لمساعدة المناطق التي تقل فيها الخدمات داخل المدينة، وأشــار البعض الآخر إلى الحس المجتمعي، بل أن إحدى الأعضاء استخدمت كلمة "الذنب" لتصف شــعورها بامتلاك الكثير وهناك آخرون لا يملكون إلا القليل. هذا وقد تم تأجيل مناقشة المقترح إلى وقت لاحق.

كان شــورمان غاضباً عند خروجه من اجتمــاع مجلس الإدارة ولكنه تأكــد من عدم إظهار حالته النفســية للآخرين، وبعــد التدبر قليلاً في مجريات الاجتماع طلب مقابلة رئيس مديري التشــغيل، ماريا سانشيز، حيــث أخبرها بما حدث، وطلــب منها أن تســتحث أي طلبات لأجهزة ومعدات قدمها أعضاء الطاقم الطبي، وأن تكون تلك الطلبات في مكتبه بنهاية الأســبوع، كما طلب منهــا أن تعد وتجمع المخططات التي وضعت منذ سنوات لبناء جناح لتعليم الموظفين، وكذلك طلب قسم الأورام مؤخراً لوحدة موســعة. وفيما كانت سانشــيز خارجة من مكتبه أخذ يفكر أنه مهما حدث لن يســمح لجهوده وعمله الــدؤوب ونجاحه المالي أن تذهب ســدى في تدابير طائشــة لتوفير الرعاية الأولية لمجموعة سكانية هي مسئولية حكومة المدينة.

مستشفى فريلاند ناجح مالياً، ويدرك بعض أعضاء مجلس إدارته مسؤولية اجتماعية أوسع للمستشفى فيما يرى شورمان دوراً ضيقاً له. أما الأسئلة التي أثارها مجلس الإدارة فكان ينبغي معالجتها في فلسفة المستشفى وبيانات رؤيته ورسالته، وكان ينبغي مراجعة تلك الوثائق للاسترشاد بها أو لتعديلها إن لزم الأمر، وإذا لم تلق مسؤولية فريلاند الاجتماعية العريضة أي انتباه فكان يجب معالجة تلك القضية الجوهرية قبل صنع قرارات عن خطة التسويق والبرامج المقترحة، فمن العبث التحرك بدون توجه واضح والإجماع على السعي إلى تلك المسؤولية.

إن فكرة منطقة الخدمة هي أقوى سبب لشورمان لمعارضة رغبة مجلس الإدارة في مساعدة سكان المدينة الذين لا يتلقون الخدمة الكافية، ويبدو أن وسط المدينة هو خارج منطقة خدمة المستشفى، فهل من العدل أخذ الموارد من منطقة خدمة مستشفى فريلاند ومنحها لأشخاص في مكان آخر، بغض النظر عن أهمية السبب وقوته؟ يشير هذا الرأي إلى أنه يجب على فريلاند تخفيض فائضه وفي الوقت ذاته تخفيض منفعة منطقة خدمته بخفض الرسوم، وسينفع ذلك الإجراء مباشرة من يخدمهم المستشفى، وعوضاً عن ذلك، باستطاعة المستشفى تحديد الاحتياجات الصحية التي لا يؤمَّن عليها بما يكفي، أو تلك التي لا يرجح أن يطلبها مرضى التأمين الخاص إلا أنها مهمة رغم ذلك، مثل برامج الصحة العقلية والخدمات الاستنصاحية والإرشادية المختلفة.

يبدو أن توجه شورمان محدود الأفق جداً فيما يبدو أن توجه مجلس الإدارة إيثاري أكثر مما ينبغي، ويقع بينهما منطقة عريضة للحل الوسط تتقبل كلا الوجهتين. من المعقول جداً دراسة الدور الذي يمكن أن يؤديه مستشفى فريلاند في تلبية الاحتياجات الصحية للمجتمع بأسره، سواء كان ضمن منطقة الخدمة أم خارجها، إلا أن المزيد من المعلومات قد يوضح الإجابة ويبسطها.

ساعدت التوجهات التاريخية نحو التنافس - وعدم وجود حافز الربح وتصنيف المنظمة غير الربحي - نظام الخدمات الصحية، كما أنها أعاقته أيضاً، فقد ساهم غياب الحوافز الاقتصادية في شعور منظمات الخدمات الصحية بالرضا عن نفسها لأنها كانت تفعل الخير عوضاً عن التركيز على الأداء الجيد والكفاءة.

وتفقد منظمة الخدمات الصحية ثقة الجمهور بها إذا بدا أنها لا تعمل من أجل صالح المجتمع في توفير الخدمات الصحية، ويظهر التضارب بين حماية سلامتها المالية - وهو التزام المنظمة الأخلاقي ويرتبط بدورها في توفير الخدمات للمجتمع- وبين خدمة المرضى.

تقوم - عادة - منظمات الخدمات الصحية غير الربحية وبخاصة المستشفيات بتسمية وحداتها وأجنحتها وأروقتها وبرامجها بأسماء الأشخاص والمنظمات الذين قدموا تبرعات سخية لها، وتجلب تلك التبرعات معها أحياناً «التزامات إضافية» تسبب ردة فعل سلبية من أعضاء المجتمع، إلا أنه بدون تلك التبرعات لن يتمكن الكثير من مقدمي الخدمات الصحية من البقاء والاستمرار مالياً، ولن يتمكنوا من توفير الخدمات التخصصية المكلفة والتقنية الطبية المتقدمة التي تمكنهم من توفير أقصى قدر من المنفعة لمرضاهم.

عذراً؛ ولكن ما هو الاسم مرةً أخرى[4]؟

> دَفَع تبرعٌ بمبلغ عشرة ملايين دولار مستشفى كولومبوس للأطفال في أوهايو إلى تسمية قسم الطوارئ ومركز الإصابات باسم مخازن "أبيركرومبي وفتش"، مما أدى إلى عاصفة من الإعتراضات غير المتوقعة من ائتلاف مكون من (١٥) منظمة أطفال وثمانين شخصاً ادعوا أن إطلاق اسم المخازن على المركز الجديد يرسل الرسالة الخطأ للأطفال والأهالي. جوهر القضية هو في الإعلانات المثيرة والملابس الخليعة التي تستهدف بها شركة أبيركرومبي وفتش المراهقين ومن هم أصغر سناً منهم في برامجها التسويقية، ويدعي الائتلاف أن ذلك يضع الشركة ضمن أسوأ الشركات المستغلة للجنس لأنهم جعلوا من الأطفال سلعةً جنسية.
>
> ودافع المستشفى عن قراره بالتصريح بأنهم قرروا تسمية المركز باسم الشركة بسبب إحسانهم السخي، وكانت وسيلة لتكريم الهبة وتقدير الدعم الجبار الذي قدمته الشركة للمستشفى، وشجب المتحدث باسم المستشفى الادعاءات بأن المستشفى باع حقوق التسمية لأبيركرومبي وفتش، وأشار إلى أن المستشفى غير الربحي يتقبل الهبات كوسيلة لدعم رسالته.

ترمز هذه الحالة إلى أنواع المشكلات التي قد تنشأ بسبب المنح والهبات من الشركات التجارية، وهناك عامل كبير في تلك التعاملات من نوعية «واحدة بواحدة» والمصالح المتبادلة، وكما أشرنا سابقاً، فقد يكون هناك جانب من تعظيم الذات الإدارية واختلاف الاهتمامات عندما تتبرع الجهات التجارية، وتشير الحالة أعلاه إلى ردة الفعل السلبية عندما تطبق المعايير الأخلاقية على المتبرعين، ويؤكد البعض على ضرورة اعتبار مصدر المال عند تقبل هبات خيرية.

هــل يخلو المال من القيم؟ وإذا التصقت به وصمة ما فكم تدوم تلك الوصمة؟ وهل يصح تســمية مركز مكافحة إدمان الكحول باسم شــركة منتجة للخمور بعد أن تدفع تبرعاً كبيراً؟ وهل يستمر ثراء الإباحي الذي اغتنى بطرق غير مشروعة ملطخاً وغير مقبــول حتى لــو أراد أن ينفقه في عمل الخير؟ تبين هذه الأمثلة ما قد يعده الكثيرون مصــادر غير مقبولة للهبات الخيريــة، وإذا كان الدافع هو فعل الخير فربما يجب أن تتقبــل المنظمة الهبــة لتمكن المتبرعين من التكفير عن ذنوبهم إضافة إلى الاســتفادة مــن الموارد. يفتــرض أن يكون التســامح والغفران غريزياً للبشــر، فهل كانت هبات أبيركرومبــي وفتش تقبل لو تعهدت بالتوقف عن اســتغلال إعلاناتها المفعمة بالجنس والتي تستهدف المراهقين وصغار السن؟

احتياج مماثل ومعالجة مختلفة:

مــن المرجح عدم جدوى تحديــد هدف تقديم الخدمات ذاتها لجميع الأشــخاص الذيــن لديهم الاحتياج الطبي ذاته، إذ لا يمكــن حصر أعداد وأنواع المتغيرات المتعلقة بذلك. فعلى سبيل المثال، تعد إمكانية الوصول إلى الخدمة محدودة جغرافياً، وبتوافر مقدمــي الرعاية وبقدراتهم، وكذلك بالرغبة في تلقي تلك الخدمات، والمفهوم الثقافي للصحــة والموقف منهــا، وبإمكانية ورغبة الأطباء في المعالجــة أو التحويل، والتغطية التأمينية والأوضاع المالية، والحالة العقلية، إضافة إلى العشرات من الصفات الأخرى للأشــخاص ولنظــم الخدمــات الصحية. إن مشــكلات الإنصاف متعــددة وربما لا يمكــن حلها بغض النظر عن طريقة تنظيم الخدمــات الصحية أو طريقة توفيرها أو تمويلهــا، بل حتــى النظم التي يتمكن الجميع من الوصول إلــى خدماتها فيها تتفاوت في الاستعمال أو إمكانية الحصول على الخدمات؛ بسبب إنفاق النظام على الخدمات والتقنيات والطبقات الاجتماعية والاقتصادية والجغرافية واســتعداد الأطباء لتحويل المرضى. على الرغم من عدد العوامل المتعلقة بتلك المشكلة، واليقين أن الاختلاف في إمكانية الوصول إلى الخدمة واستعمالها أمر محتم، إلا أنه في غاية الأهمية أن يسعى مقدمو الخدمة إلى تحديد تلك الأنواع من المشكلات وبذل ما أمكن من الجهد للقضاء عليهــا أو الحد من تأثيرهــا، ويبدأ ذلك التفاوت بعيداً عــن مراكز تقديم الخدمات، ففي السابق أنفقت جمعية الســرطان الوطنية (National Cancer Institute) (وهي جــزء من الجمعية الوطنية للصحة National Institute of Health) أقل من (١٪) من ميزانيتها على البحوث والتدريب حول نهاية الحياة[٥].

يبدو أن هناك تمييزاً ضد المسنين في أجزاء من نظام الخدمات الصحية، فمثلاً على الرغم من أن المسنين أكبر عرضة للموت من أمراض القلب والسرطان والأنفلونزا وذات الرئة إلا أن هناك براهين تشير إلى أنهم لا يتلقون أنماطاً أكثر تكثيفاً من العلاج والتشخيص والرعاية الوقائية، وهو النمط المعياري لمعالجة المرضى الأصغر سناً، وقد ينبع ذلك التفاوت من مفهوم أن كبار السن لا يتحملون المعالجة الأكثر تكثيفاً أو أنهم لا يرغبون فيها، وليست أي من الفكرتين بالضرورة صائبة. كما أن هناك دليلاً على أن الأطباء أقل احتمالاً بأن يقترحوا مشاركة المسنين في فحوص التحري لأنواع معينة من الأورام أو تلقي تلقيح الأنفلونزا[٦]، كما توجد اختلافات أخرى أيضاً عند نهاية الحياة. يشكل الأمريكيون من أصل أفريقي (١٤٪) من سكان الولايات المتحدة ولكنهم لا يشكلون إلا (٨،٧٪) من مرضى مأوي العلاج التلطيفي (hospices) - رغم وجود نسبة أعلى من حدوث السرطان لديهم ومعدلات وفيات أعلى من البيض، وفي عام (٢٠٠٩م) كان (٨٠،٥٪) من مرضى مأوي العلاج التلطيفي من البيض[٧]، ولم تفسر هذه الدراسة ذلك التفاوت، وإضافة إلى الإختلافات في استخدام مأوى الرعاية التلطيفية حسب العرق هنالك أيضاً اختلافات كبيرة حسب الموقع الجغرافي في استخدامات تغطية مديكير لمأوى الرعاية التلطيفية بين كبار السن[٨].

وجدت دراسة في خمس مستشفيات تعليمية اختلافات في الإنعاش القلبي الرئوي (CPR)، حيث كان يرجح استخدامه للذكور، والأصغر سناً، والسود، والمرضى الذين أبدوا تفضيلهم للإنعاش القلبي الرئوي والذين قدر لهم الأطباء النجاة لأكثر من شهرين، كما كانت هناك اختلافات كبيرة حسب الموقع الجغرافي والتشخيص[٩].

وجد في عينة من (١،٥٦) مليون من نزلاء المرافق التمريضية أن وجود وصية حية لدى المرضى السود يبلغ حوالي ثلث ما لدى المرضى البيض، وأن لديهم من أوامر عدم الإنعاش خمس ما لدى البيض، أما المرضى من أصل أسباني فلديهم من أوامر عدم الإنعاش ثلث ما لدى البيض ولديهم نفس عدد الوصايا الحية كما لدى البيض، واستنتج الباحثون أن وجود خطط مسبقة للرعاية يرتبط بالعرق حتى بعد ضبط تأثير الوضع الصحي والعوامل الديموغرافية الأخرى[١٠].

ومن أبعاد أوامر عدم الإنعاش الأخرى هو ما إذا كانت تكتب بإنصاف للمرضى الذين يعانون من أمراض مختلفة ولكن التنبؤ بمآل حالاتهم متشابه، فقد أشارت دراسة في عام (١٩٩٥م) أن أوامر عدم الإنعاش كتبت أكثر للمرضى المسنين، والنساء، والمرضى الذين يعانون من الخرف والسلس، وتكتب بدرجة أقل للمرضى السود،

أو الذيـــن يغطيهم برنامج مديكيـــد (للمعوزين) أو المنومين في مستشـــفيات ريفية[١١]، كما وجدت اختلافات مشـــابهة في دراسة ســـابقة حيث كان احتمال كتابة أوامر عدم الإنعـــاش أكبر لمرضى الأيدز أو مرضى ســـرطان الرئـــة - الذي لا يمكن إجراء عملية لاســـتئصاله- من المرضى الذين يعانون من أمـــراض أخرى إلا أن التنبؤ بمآل حالاتها مماثل مثل تليف الكبد وفشل القلب[١٢].

وقد أثير الاهتمام والقلق حيال المعالجة غير المتساوية للأشخاص المحتضرين كالتالي:

هنـــاك الكثير من البراهين التي تشـــير إلى أن عملية الموت غيـــر مثالية، إذ يعاني الكثيـــر من المرضـــى المحتضرين من أعـــراض بدنية لا مبرر لها مثـــل الألم، وفقدان القدرة على النطق، والغثيان، والتقيؤ، كما يعاني الكثيرون من التوتر واليأس، ويشـــعر العديد من المرضى أيضاً أنهم فقدوا كرامتهم. إن الانطباع بأن الموت هو عملية مؤلمة تكتنفها المقاساة والإهانة هو الذي يؤجج الحملات ودعم الجمهور لإجازة قتل الرحمة والانتحار بمساعدة الطبيب[١٣].

وتشمل الإصلاحات المقترحة تدريب الأطباء والممرضات ومقدمي الرعاية الآخرين على حســـن التواصل مع المرضى المحتضرين، وأيضاً تحســـين معالجـــة الألم والقهم (فقدان الشـــهية) والإعياء والأعراض البدنية الأخرى، وتحســـين تشـــخيص ومعالجة الاكتئـــاب، وتحويل المرضـــى المحتضرين إلى مـــأوى الرعاية التلطيفيـــة بوقت أبكر، وتحسين الرعاية التلطيفية وتيسير إمكانية الموت بالبيت[١٤]. إلا أنه لا يبدو أن المرضى الذيـــن لديهم أوامر عدم الإنعاش يتلقون تفاعـــلاً أقل من الموظفين والزوار مما يتلقاه غيرهم من المرضى[١٥].

وتحدث اختلافـــات في أنواع وكميات الرعاية أيضاً بـــين المناطق في البلاد، فمن المعـــروف أن معدلات اســـتعمال العلاجات الطبية والجراحيـــة المختلفة تتفاوت كثيراً بـــين الولايات والمناطـــق وحتى بين المقاطعات، ويبدو أن تلـــك الاختلافات تعتمد على أسلوب ممارسة الأطباء، فلا عجب إذا إذا كان هناك تفاوت كبير في انتشار استعمال التغذية الأنبوبية حســـب الولاية، فقد بينت دراسة للمرضى في عمر (٦٥) سنة وأكبر - والذيـــن يعانـــون من اعتلال إدراكـــي بما في ذلك الاعتماد التـــام على الآخرين في التغذيـــة، وهم مـــن المقيمين في مرافق تمريضية في تســـع ولايات - وجود اختلافات كبيرة في اســـتعمال التغذية الأنبوبية، فقد تراوحت نســـبة الاستعمال بين (٧،٥٪) في ولاية مين إلى (٤٠،١٪) في ولاية مسيسيبي، وحلت الولايات السبع الأخرى بين هذين

القطبين. وقد تكون الاختلافات في قوانين الولايات قد ساهمت بعض الشيء في ذلك التفاوت، إلا أن الباحثين استنتجوا -بعد الضبط لتأثيرات المتغيرات الإكلينيكية والديموغرافية- وجود اختلافات حقيقية في انتشار التغذية الأنبوبية في الولايات التسع قيد الدراسة، مع احتمال استخدامها مع المرضى البيض بأقل من نصف احتمال استخدامها مع المرضى من الأعراق الأخرى[١٦]. وأحياناً يكون تيسر وتوفر الخدمات نتيجة لنظام المدفوعات الذي يحتم فشل مقدمي الرعاية مالياً، ومن الأمثلة على ذلك عزو إغلاق المستشفيات إلى نقص المدفوعات من منظمات الرعاية المدارة والممارسات الطبية التعاقدية الأخرى، مما يؤدي إلى تخفيض إمكانية الوصول إلى أقسام الطوارئ وخدمات المستشفى العامة، وبين عامي (١٩٩١م) و(٢٠٠١م) أُغلق مستشفى يضم وحدة طوارئ من كل خمسة مستشفيات[١٧]، وانخفض عدد أقسام الطوارئ بين عامي (١٩٩٣م) و(٢٠٠٣م) بمقدار (٤٢٥)[١٨] وحدة.

يقع بين نقيضي المساواتية المفرطة (hyper egalitarianism) والفردانية المفرطة (hyper individualism) الوضع الذي يضع على المجتمع مسؤولية المساعدة في تطوير وتشجيع الخدمات الصحية بل حتى في توفيرها، وقد جادل فريد (Fried) أنه يجب توافر الخدمات الأساسية الروتينية للجميع وهو منظور يعرف "بالحد الأدنى اللائق" (decent minimum). أما الخدمات المذهلة ومرتفعة التقنية فهي محدودة بعوامل مثل الموقع والتكلفة والإحالات ويجب أن تكون متاحة على أساس مختلف، ووضع هذا الفاصل هو قرار سياسي ويعتمد على استعداد المجتمع لتوفير الموارد اللازمة، وقد أشرنا إلى برنامج مديكيد في أوريغون وفيه يتم تحصيص الميزانية وفق قائمة أولويات للخدمات المتاحة لجميع المؤهلين للبرنامج.

تلجأ أقسام الطوارئ إلى تحويل مسار سيارات الإسعاف إلى جهات أخرى (أي أنها تغلق) عندما تصل إلى الطاقة الاستيعابية ولا تتمكن من استقبال المزيد من المرضى، وتبلّغ الحاجة إلى تغيير المسار إلى المراكز التي توجه سيارات الإسعاف حيث ترسلها إلى مكان آخر، ومن المعتاد لأقسام الإسعاف أن تلجأ إلى التحويل كما هو موضح في الحالة التالية.

قسم الطوارئ:

المستشفى الجامعي، وهو مستشفى مركز صحي أكاديمي يملكه جزئياً مستثمرون ويقع في مدينة كبيرة على الساحل الشرقي للبلاد، وقسم الإسعاف فيه هو أكثر

الأقسام انشغالاً في المدينة. أدى إغلاق المستشفى الذي تملكه المدينة منذ سنتين إلى إلغاء مصدر الخدمات الصحية الرئيسي للأشخاص غير المؤمن عليهم والمعوزين، فأسست المدينة صندوقاً للدفع لمقدمي الخدمة الخاصة كالمستشفى الجامعي مقابل الرعاية غير المجانية التي يوفرها لسكان المدينة.

لدى خدمة الإسعاف التي تملكها المدينة سياسة نقل المرضى إلى أقرب قسم للطوارئ يمكنه أن يقدم الخدمات التي يحتاجها المريض، ويتم إبلاغ مركز توجيه سيارات الإسعاف عندما يبلغ قسم الطوارئ طاقته الاستيعابية القصوى؛ حيث يتم تحويل سيارات الإسعاف إلى أقسام طوارئ أخرى، ويتخذ مدير قسم الطوارئ قرار إغلاق القسم.

قررت مديرة قسم الطوارئ بالمستشفى الجامعي أن قسم الطوارئ لديها قد بلغ طاقته الاستيعابية فطلبت من أحد الموظفين إبلاغ مركز التوجيه بتحويل المرضى مؤقتاً إلى أقسام أخرى للطوارئ، وتم الاتصال ولكن لم يتم التواصل مع مركز التوجيه، لذلك عندما اتصل فني الطوارئ الطبية ليخبر قسم الطوارئ بالمستشفى الجامعي بأنهم ينقلون مريضةً إلى القسم؛ فاستفهمت المديرة عن طبيعة حالة المريضة الطبية ومن أين يتم نقلها، فأخبرها الفني أنها من وسط المدينة، فأخبرته المديرة أن مستشفى الجامعة في الطاقة الاستيعابية القصوى ويتم تحويل المرضى، فقرر الفني أن سبب إخباره بأن قسم الطوارئ مغلق هو أن المريضة قادمة من وسط المدينة، وهي على الأرجح من أقلية عرقية وغالباً غير مؤمن عليها. دفع ذلك الاعتقاد بعدد من فنيي الطوارئ الطبية إلى رفع شكوى إلى إدارة الصحة في المدينة وتلا ذلك تحقيق في القضية.

وجد التحقيق أن قسم الطوارئ كان مغلقاً وطلب تحويل المرضى إلى مكان آخر عندما اتصل فني الطوارئ الطبية وأن قرار الإغلاق يتوافق مع أدلة المدينة للطوارئ. وتشير هذه القضية إلى مشكلات في الانطباعات العامة وادعاءات التحيز وسوء التواصل. ويشير استنتاج الفني بأن القرار قد اتُّخذ على أساس غير طبي إلى وجود علاقات سيئة مع المستشفى الجامعي، ويجب أن يحوز تحسين تلك العلاقة على الاهتمام السريع من كل من المستشفى وفنيي الطوارئ الطبية، ويمكن تحسين انطباع الفنيين عن المستشفى بصنع القرار المتحيز، من خلال تحديد المستشفى لمصدر ذلك الانطباع على مر الوقت، وإن كان هناك أساسٌ له فيمكن للمستشفى اجتثاثه بإجراء التغييرات اللازمة للحد من استمراره وانتشاره. حتى وإن لم يكن له أساس فينبغي

للمستشــفى العمل على منع الانطباعات من تسيير الواقع، وبغض النظر عن الأساس فيلزم المستشفى بذل الجهود طويلة المدى لتحسين العلاقات مع الفنيين.

هناك مــن يجادل بأن التوزيــع التقنيني (rationing) هو الطريقــة الوحيدة التي يمكــن أن تعم بهــا العدالة في نظام الرعايــة الصحية، ويدعم هــذا التوجه بتحديد التكلفة المرتفعة جداً للعلاجات الأولى لما ســمي "بعلاج الفرصة الأخيرة" مثل القلب الصناعي الذي زرع في صدور المرضى وأجهزة دعم البطين الأيسر والهيرسيبتين وهو عقار لعلاج ســرطان الثدي النقيلي[٢٠]، ومن الأرجــح أن تأتينا علاجات بتكلفة خيالية في المســتقبل القريــب. ولا يرجح أن يتمكن أي نظام - يضمــن الحد الأدنى اللائق مــن الرعاية الأولية والخدمات التخصصية - مــن تحمل الدفع مقابل الخدمات ذات التكلفة المرتفعة جداً التي يمكن أن تتاح ويطلبها الجميع. إن مفهوم الاستحقاقراطية (meritocracy) - أو فكرة أن الذين اكتسبوا (قانونياً) أكبر قدر من الثراء باستطاعتهم شــراء خدمات أكثر- مقبولٌ لدى الجميع عادةً باستثناء المساواتيين المفرطين (hyper egalitarians) المتطرفين.

إن قــرارات التحصيص الدقيق التــي يصنعها مقدمو الخدمات الصحية تؤدي في المحصلة النهائية إلى التوزيع التقنيني، والسرير الأخير في حالة وحدة الرعاية الفائقة التي أوردناها في الفصل الثالث عشر مثال حي على ذلك، ومع ذلك فهناك أمثلة كثيرة أخــرى أغلبها أقل وضوحاً وقد يصعب تحديدها، مثل تحصيص الأعضاء المتبرع بها، ومنتجات الدم محدودة الكمية وحتى أيضاً أســرة المستشفى العامة أيضاً، كما تُصنع أيضاً قرارات تحصيص كلي لها نفس تأثير التوزيع التقنيني[٢١].

الصالح العام:

التحصيص الكلي:

تظهر تأثيــرات تكاليف الرعاية الصحية على الصالح العام بوضوح في المســتوى الكلي (macro level). وعلى الرغم من ادعاءات اســتخدام الأسس والقواعد العلمية إلا أنــه لم تثبــت فاعلية ما يفعله الأطباء علمياً باســتخدام المعيــار الذهبي العلمي، وهو الدراســة العشوائية مزدوجة التعمية (random double-blind study)، إذ تعتمد الممارســة الطبية الحديثة على التقاليــد والذرائعية (pragmatism). وعدم التغير بلا دوافع والمنطق والافتراضات التي عمل بها لوقت طويل بدون التحقق منها علمياً. وتبلغ

تقديـرات تكاليف العلاجات التبذيرية غيـر الفعالة من مبلغ (٢،٥) ترليون دولار التي صرفت على الرعاية الصحية في الولايات المتحدة لعام (٢٠٠٩م) حوالي (٦٥٠) مليون دولار أي ما يسـاوي (٢٥٪) من إجمالي التكلفة، وتشـير تقديرات أخرى إلى إمكانية خفـض أكثر من (٢٠٪) من إجمالي التكاليف بدون أي أذى لأحد، وأن أكثر من (٤٠٪) من مراجعات الأخصائيين و (٢٥٪) من حالات التنويم غير ضرورية. وتشمل الجوانب التي يمكن فيها خفض تكاليف الرعاية الصحية التصوير مرتفع التقنية الزائد، وفرط استعمال العقاقير نفسية التأثير (psychotropic) والاستقصاء غير الضروري لنوبات الإغماء، وفرط معالجة آلام الظهر والرقبة والاسـتعمال غير الملائم لدعامات الأوعية الدمويـة ورأب الأوعية (angioplasty)، وفرط اسـتعمال تنظيـر مفصل الركبة في التهاب المفاصل. وتسـاهم عدة عوامل في عـدم الرغبة في معرفة فعالية العلاجات الطبية السـارية؛ منها عدم الشجاعة السياسـية، وكثرة القطاعات التي تستفيد من فرط الاسـتعمال والهدر، وانطباع الجمهور أن الطب الجيد يستدعي كثرة المداخلات وبخاصة تلك التي تستخدم التقنية المتقدمة[٢٢]. وهناك بعض الأمل في أن تناول قضايا الهدر وفرط الاسـتعمال والاستعمال غير الملائم للموارد والتقنية الطبية كقيود مالية في القطاعين العام والخاص سوف يحفز البحث والسعي إلى التوفير والاقتصاد.

وتوضح بيانات الاتحاد الأمريكي للمستشـفيات (AHA) أن المستشفيات وفرت في عـام (٢٠٠٩م) ما قيمته (٣٩،٢) بليون دولار من الرعاية المجانية[٢٣]، وذلك بزيادة كبيرة مما تم توفيره بقيمة (٢٢،٣) بليون دولار عام (٢٠٠٣م)[٢٤]، والذي كان بدوره زيادة كبيرة مـن (١٦) بليون دولار أنفقـت على الرعاية المجانية عـام (١٩٩٥م)[٢٥]، ويعرف الاتحاد الأمريكي للمستشـفيات الرعاية المجانية بمجموع الرعايـة الخيرية والديون المعدومة التي تقيم بتكاليف الرعاية التي قدمها المستشـفى، ويسـتثنى من ذلك تكاليف الرعاية الأخـرى غير الممولة مثل الدفع غيـر الكامل من مديكيد ومديكير[٢٦]. وتعرف منظمات الخدمات الصحية الأخرى الرعاية المجانية لتشـمل التكاليـف الزائدة عن مدفوعات خدمات مديكيد ومديكير[٢٧]، وكان متوسـط تكاليف الرعاية المجانية لدى المستشفيات المسجلة لدى الاتحاد والبالغ عددها (٥٠٠٨) مستشفيات في عام (٢٠٠٩م) حوالي (٦٪) من تكاليف المستشـفى[٢٨]، فيما يبلغ معدل الرعاية المجانية في المستشـفيات التعليمية الكبرى العامة والمستشـفيات الحكومية في المدن - عادة - من مرتين إلى ثلاث مرات أعلى من مستشـفيات الاتحـاد[٢٩]، وبذلك تكون المخاوف خلال التسـعينات من القرن الماضي أن المستشفيات ستخفض الرعاية المجانية -لتوازن نقص المدفوعات من مديكير

ومديكيد وكذلك خصم الأسعار التي يتفاوض عليها مع برامج الرعاية المدارة - لم تتحقق[٣٠]، ويستمر التزام المستشفيات بمعالجة غير القادرين على الدفع كالمعتاد.

تم خلال التسعينات الماضية تحويل عدد من المستشفيات غير الربحية إلى التصنيف الربحي، وهو تطور يبدو مرتبطاً بأداء المنظمات غير الربحية الاقتصادي، وتم تحويل (٤٣١) منظمةً بين عامي (١٩٩١م) و(١٩٩٧م)، وانخفضت الرعاية المجانية التي توفرها المنظمات المتحولة من (٥،٣٪) إلى (٤،٧٪) أي ما يعادل حوالي (٤٠٠٠٠٠) دولار في إنفاق كل مستشفى، وكان الانخفاض أكثر وضوحاً في المرافق العامة التي تحولت إلى ملكية استثمارية فانخفض إنفاقها على العلاج المجاني من (٥،٢٪) إلى (٢،٥٪) من إجمالي التكاليف، أي أقل بحوالي (٨٠٠٠٠٠) دولار لكل مستشفى بالسنة، وبصفة إجمالية أدى التحول من تصنيف غير ربحي إلى ملكية استثمارية إلى خفض تكاليف الرعاية المجانية المقدمة بحوالي (١٢٪)[٣١]. وكان ما يثير القلق أن تحولات المستشفيات العديدة إلى ملكية استثمارية سيقلص مصادر الرعاية الصحية لغير المؤمن عليهم وغير القادرين على الدفع.

توفر مقارنات المستشفيات غير الربحية مع تلك التي يملكها مستثمرون نظرة تبصُّر نحو الرعاية المجانية، وأظهر تحليل بيانات من عام (١٩٩٣م) في دراسة لعدد (١١٦) مستشفى في ولاية تينيسي، يملك ثلثها مستثمرون، أن المستشفيات غير الربحية وفرت رعاية مجانية، كنسبة من التكاليف، أكثر من المستشفيات الاستثمارية، إلا أن متوسط الاختلافات كان بسيطاً. وكان الوسيط (الإحصائي) لجميع مستشفيات الولاية (٨،٤٪)، في حين كان الوسيط للمستشفيات غير الربحية (٨،٩٪) وللاستثمارية (٨،١٪). علماً بأن قيمة الضرائب التي دفعتها المستشفيات الاستثمارية لم يشمل في حساب المساهمات المباشرة وغير المباشرة لبرامج مثل مديكير ومديكيد، وقد شملت الضرائب ضريبة الدخل الفدرالية وللولاية وضريبة المبيعات والممتلكات والضرائب التجارية المحلية[٣٢]. وكانت النتائج في تينيسي مشابهة لتلك التي أعلنت عنها هيئة مدفوعات مديكير الاستشارية (Medicare Payment Advisory Commission) وهي أن المستشفيات الاستثمارية وغير الربحية وفرت تقريباً نفس كمية الرعاية المجانية كنسبة من التكاليف في عام (١٩٩٩م) التي بلغت (٤،٢٪) و(٤،٦٪) لكل منها على التوالي[٣٣].

وأخذت دراسةٌ - قام بها مجلس مراجعة تكاليف الخدمات الصحية بفرجينيا (Virginia Health Services Cost Review Council) وهي هيئة بيانات مستقلة تابعة للولاية- في الاعتبار متغير الضريبة، باستخدام بيانات من عام (١٩٩٣م) وقامت

بتصنيف (٨٨) مستشفى للرعاية الحادة في فرجينيا من خلال (١٨) متغيراً للإنتاجية والكفاءة، فيما اتضح أن المتغير -الذي استخدم لقياس منفعة المجتمع التي يوفرها كل مستشفى- مثير للجدل والاختلاف. وتم تعريف متغير "دعم المجتمع" (community support) بأنه نسبة إجمالي تكاليف المستشفى المستخدمة للرعاية الخيرية والديون المعدومة وجميع الضرائب، وأدى شمل الضرائب إلى تقدم المستشفيات الاستثمارية على معظم المستشفيات غير الربحية. ووجدت دراسة لاتحاد مستشفيات فرجينيا، والتي استثنت مستشفيين جامعيين تدعمهما الولاية، أن (١٣) مستشفى ربحي استخدمت (١٤٪) من تكاليفها التشغيلية لدعم المجتمع مقابل (٧٣) مستشفى غير ربحي أنفقت (٧،٧٪) من تكاليفها، وفي تعليقهم على البيانات جادل أعضاء من القطاع الاستثماري بأنه يجب شمل الضرائب في التحليل لأنها تدعم المجتمعات المحلية، كما يجب شمل مديكيد ومديكير، وعلى النقيض أكد أعضاء القطاع غير الربحي أن شمل الضرائب مضلل لأن معظمها هي ضرائب الدخل الفدرالية وللولاية والتي قد لا تستخدم بالضرورة في برامج الرعاية الصحية المحلية[٣٤].

وتوفر البيانات – من مستشفيات ولاية كاليفورنيا التي قدمت ما بلغت قيمته الإجمالية (١،٥) بليون دولار من الرعاية المجانية في عام (٢٠٠٠م)- منظوراً آخر للمشكلة، إلا أنه عند استخدام التعريف الموسع للرعاية المجانية (أي أنها تشمل التكاليف الزائدة عن مدفوعات خدمات مديكير ومديكيد) يقفز الإجمالي إلى (٥،٣) بليون دولار وقد قدمت المستشفيات غير الربحية (٦١٪) من الرعاية المجانية، ووقدمت المستشفيات الحكومية ضعف الرعاية المجانية لكل سرير قدمته المستشفيات غير الربحية وثلاثة أضعاف ما قدمته المستشفيات الاستثمارية[٣٥].

في عام (٢٠٠٦م) صرح مكتب الميزانية بالكونغرس (Congressional Budget Office) من مجلس الشيوخ الأمريكي بوجود فروق طفيفة نسبياً بين نوعي المستشفيات، فقد قدمت المستشفيات غير الربحية كنسبة من تكاليفها التشغيلية (٤،٧٪) من الرعاية المجانية بالمقارنة لنسبة (٤،٢٪) للمستشفيات الربحية، إلى أن المستشفيات الربحية قدمت خدمات تخصصية أقل كخدمات الطوارئ وخدمات المخاض والولادة[٣٦]، حيث تكلف تلك الخدمات المتخصصة أكثر مما تدر.

غالباً ما تشوب مثل تلك الدراسات مشكلات منهجية وقد لا يتم إجراء الدراسة النهائية الحاسمة مطلقاً، إلا أنه يتضح ضرورة الحذر في عزو الدوافع والنتائج إلى

نوع الملكية فقط، ومنذ عام (١٩٨٣م) لم يوفر اتحاد المستشفيات الأمريكي بيانات حول الرعاية المجانية تميز بين المستشفيات الربحية والاستثمارية.

التحصيص الدقيق:

تؤثـر قرارات التحصيص الكلي في التحصيص الدقيق، فقد يعني عدم التمكن من العثـور على برنامج أو عيادة أو مركـز مثلاً إتاحة موارد قليلة أو عدم إتاحتها إطلاقاً لتقديم الخدمات للأفراد من المرضى. وضمن تلك الحدود توجد دينامية قد تسـبب ما يبدو وكأنه قصور في الدوافع الإنسانية، أو عدم الاهتمام برفاهة وصالح من لديهم احتياجات للرعاية الصحية.

مصائب العيادة المجانية[٣٧].

بصفتها مدير إدارة صحة منطقة فرانكلن كريك، كانت جين بورترفيلد فخورة بنفسها، وقد حصلت على منحة صغيرة من شركة محلية من أجل موظفة اسـتقبال بالدوام الجزئي، وحصلت على حق اسـتخدام حانوت قديم مجاناً في أحد أكثر مقاطعاتها ريفية، كما أنها اتفقت مع اثنين من كبـار أطباء المدينة على الانتقال إلى ذلك الحانوت مرتين في الأسـبوع، فقد كان لديها كل ما تحتاج إليه لتبدأ عيادة مجانية.

وسـوف تتاح عيـادة الرعاية الأولية لأهالي المقاطعـة الريفية وهم لا يقدرون على تحمل تكاليف التأمين الصحي مع أنهم يعملون، أي أنهم أفقر من أن يقدروا على شراء التأمين الصحي الشخصي، وأغنى من أن يتأهلوا لتأمين مديكيد. ولأن جميع خدمات العيادة سـوف تكون مجانية؛ ستوفر الولاية مساعدة خاصة مثل توفير تأمين الأخطاء الطبية للأطباء.

إضافـة إلى ذلك فقد منحت إدارة صحة الولاية الموافقة لإدارة جين على تنفيذ برنامج تحصين الأطفال في نفس المبنى الريفي مرتين شهرياً، مما سـيزيد عدد الأطفال الريفيين الذين يحصلون على التحصين وفق جدولة الولاية.

كانت جـين على مكتبها تعد جدول أعمـال اجتماع المجلس الصحي القـادم وأدرجت تلك الأخبار الجيدة فيه، وقد أحسـت أنها تؤدي عملاً قيماً مفيداً في منطقتها.

وفجأة سـمعت طرقاً على الباب، فرفعت بصرها لترى أحد أعضاء المجلس الصحي الدكتورة كارين ماثيوسـين. وكانت جين تشعر أن كارين هي أفضـل عضو في المجلس، وهي طبيبة ريفيـة وعملت في المقاطعة الريفية التي تقلق جين كثيرا وكانت تسـاند جميع من لا يتحمل تكاليف الرعاية الصحية في المنطقة بأسرها.

"تفضلـي يا كارين" قالت جـين بحماس واسـتطردت قائلةً: "ربما تسـدين لي بعض العـون في صياغة فقرة جدول أعمـال الاجتماع عن العيادة المجانية وبرنامج التحصين الجديدين الرائعين."

"حسـناً، لذلك قدمت لمقابلتك يا جين، فأنا قلقة من تلك التطورات الجديدة" قالت كارين بينما هي تجلس في كرسي الضيف بجانب مكتب جين وكانت مستاءة جدا.

" ولكنك أكبر مسـاند للمعدمين في المجلس، وحسـبتك ستسـعدين بافتتاح خدمات أكثر حيث الحاجة إليها كبيرة" وبدأت جين تسـتاء هي الأخرى، فلم تتوقع ردة الفعل هذه من صديقتها القديمة.

"كما تعلمين يا جين فأنا أعالج مرضى فقراء أكثر من أي طبيب آخر في المنطقة، ويجب أن أخبرك أنه يصعب جداً اكتساب الرزق في مقاطعة ريفيـة، من غير أن يحضر الأطباء المجـاورون ويقدمو الرعاية المجانية، وأنـا أعلم أنهم لن يأخذوا مرضاي الذين يغطيهم تأمين مديكيد، ولكني أعمل ضمن هامـش ضيق (وأضيق مما تتصورين) ويسـبب لي فقدان المرضى -حتى الذين يدفعون أقل مما ينبغي وربما بعض مرضى مديكيد أيضاً- المشـكلات، بل قـد يفضل بعض المرضـى خدماتكم على تأمين مديكيد، بينما أعمل جاهدة لأحصـل على تغطية مديكيد لمرضاي غير المؤمن عليهم ولا أرد مرضى مديكيد أبداً".

واسـتطردت قائلة "إضافة إلى ذلك، قد يستخدم العديد من سكان مقاطعتنا الريفية برنامج تحصين الأطفال الجديد الذي سـوف توفرينه وتمثـل تلك التحصينات (٢٠٪) من صافي دخـل عيادتي كل صيف في الشهر الذي يسبق بدء المدارس".

فردت جين أن العيادة المجانية سوف تشجع الأشخاص المؤهلين للتسجيل في تأمين مديكيد وأن يراجعوا الأطباء المحليين، ولكن كارين أشارت إلى أن العيادة المجانية لن تعمل إلا نصف يوم مرتين أسبوعياً، وبعمالة تطوعية ومن غير المحتمل أن تؤدي الكثير من المتابعات والأعمال المكتبية.

"كلا" قالت كارين وهي تحملق في جين: "علي أن أقول لأول مرة، أني ضد برناج جديد لإدارة الصحة يستهدف الفقراء، فأنا مؤمنة أن أطباء الأرياف أمثالي ينبغي أن يتخلصوا من المبادرات الحكومية سليمة النية التي لا لزوم لها في حين تجاهد المشاريع الخاصة -مالياً- من أجل البقاء، وأنوي التصويت ضد العيادة".

تعرض هذه القضية عدة قضايا أخلاقية، أبرزها تضارب المصالح الذي ينشأ فيما تسعى الدكتورة ماثيوسين إلى الوفاء بواجباتها كعضو المجلس الصحي وواجبها تجاه مصلحتها لتبقي عيادتها الطبية سليمة مالياً. إلا أن هذه الحالة أضيفت لتبرز القلق الذي ينتاب أطباء العيادات الخاصة عند تأسيس عيادة عامة، ومن الواضح أن السيدة بورترفيلد لم تدرك مصالح واهتمامات جميع أصحاب الشأن الذين قد يتأثرون بمبادرة إدارة الصحة التي تبدو عدا ذلك مرغوبة تماماً. وعلى الرغم من أنه يصعب تصديق أن أي شخص قد يعترض على إنشاء عيادة «مجانية»، إلا أن هذه الحالة توضح مثل ذلك الوضع.

لفتت الحالة المأساوية لجسيكا سانتيلان انتباه العامة في بداية عام (٢٠٠٣م)، وفيها عناصر كل من تحصيص الموارد والمسؤولية الاجتماعية، ولكننا نناقش الحالة هنا لأنها تبرز قضايا المسؤولية الاجتماعية المهمة والتزام مقدمي الخدمات الصحية في الولايات المتحدة بمعالجة الأجانب المقيمين في البلاد بصفة غير قانونية.

جسيكا سانتيلان[٣٨].

كانت جسيكا سانتيلان في السابعة عشرة من العمر عندما ماتت، وقد ولدت قرب مدينة غوادالاهارا بالمكسيك بقصور خلقي في أداء القلب (congenital cardiac insufficiency) فهربتها أسرتها إلى الولايات المتحدة للحصول على عملية زرع قلب ورئة، وكانت بحاجة إليها للبقاء على قيد الحياة، ووضعت على قائمة زرع الأعضاء في مستشفى جامعة ديوك. وساعد ماك ماهوني من نورث كارولاينا والذي أصبح

صديقــاً للعائلة على جمع تبرعات مبلغ (٥٠٠٠٠٠) دولار لازمة لتكاليف العملية.

تدير الشــبكة المتحدة للتشــارك في الأعضاء (United Network of Organ Sharing - UNOS) نظامــاً لتجانس الأعضاء فــي أرجاء البلاد بعقد مع الحكومة الفدرالية، وتسمح شروط الاتحاد باستخدام (٥٪) من الأعضاء المنقولة في أي مستشفى لصالح الأجانب المقيمين بصفة غير قانونية أو للزوار الأجانب.

ورغم أن جســيكا كانت على قائمة الانتظــار لنقل الأعضاء، إلا أنها مــا كانت على قائمــة الانتظار لتلقي القلب والرئــة الذين كانا متاحين؛ فلم تكن الأعضاء متجانســةً مع نســيجها. ومع ذلك تناقش منسق نقل الأعضــاء وطبيبها حول إعطاء الأعضــاء المتاحة لها فلم يعلم أي منهما أنها لم تكن على قائمة التجانس.

تلقت جســيكا القلب والرئة اللذين ما كان متجانســين مع نســيجها في الســابع من فراير عام (٢٠٠٣م) وتبين ســريعاً أن جســمها يرفض الأعضاء، فتم نقل قلب ورئة متجانسين معها ولكن حالتها تدهورت أكثر وأعلــن موتها دماغياً فــي (١:٢٥) بعد ظهر (٢٣) فبرايــر، وتم إيقاف أجهزة دعم الحياة الساعة الخامسة مساء.

يعرِّف قانون نورث كارولاينا الشــخص الميت دماغياً بالذي لا يحتاج إلى أجهزة دعم الحياة، وبالتالي يمكن إيقاف تلك المعالجة بدون الحصول على موافقة أحد.

اعترضت أسرة سانتيليان على قرار إيقاف معالجة دعم الحياة وطلب ماك ماهوني مهلةً للحصول على رأي طبي آخر حول وضع جســيكا، إلا أنه لم يمنح أي تمديد لمدة المعالجة.

هذه قصة تعصف بالعواطف والمشــاعر لفتاة تصارع مــن أجل البقاء، وعلى الرغم مــن حالتها الطبية الحرجة هناك مــا يدعو إلى الاعتقاد أنــه كان بالإمكان إنقاذها. تتعلق عناصر الوضع التالية بقضايا أخلاقية منها: الأخطاء الطبية وقرار التحصيص الدقيق الذي اتخذه مستشفى جامعة ديوك في عملية نقل الأعضاء الأولى، وكذلك قرار التحصيص الدقيق الذي اتخذه مستشفى جامعة ديوك في عملية نقل الأعضاء الثانية

(المعاملــة التمييزية، وضعــف احتمال النجاح)، ومواطنة غيــر أمريكية تتلقى أعضاء نادرة، ومعايير التحصيص الكلي التي طورتها الشبكة المتحدة للتشارك في الأعضاء.

كان تخطــي الحدود بين الوضع القانوني والأخلاقــي في هذه القضية هو الخطأ الطبي الذي اقترفه موظفو مستشفى جامعة ديوك، فلم يتعلق الخطأ الطبي بالأسلوب الجراحــي أو أي معالجة أخرى، بل نتج عن فشــل الإجراءات التي تدعم نشــاط نقل الأعضــاء وزراعتها، وهي إجــراءات طورتهــا -وتحافظ عليها- الإدارة، فقد فشــل المستشــفى وموظفوه في الوفــاء بواجباتهم الأخلاقية بعدم الإضرار والإحســان في الرعاية التي قدمت لجسيكا.

ونجــد مبدأ العدالة في قراريــن من التحصيص الدقيق التي اتخذها مستشــفى جامعة ديوك، ويعنى الأول بالســماح لأجنبيــة بإقامة غير قانونية بتلقي نقل الأعضاء بغــض النظر عن توفر التمويل أو الأعضاء، وربما لا زالــت الواقعة -التي حدثت في مستشــفى كليفلاند كلينيك- في ذاكرة إكلينيكيي جامعة ديوك ومديريها، حيث رفض المستشفى أول الأمر في ظروف مشابهة لهذه الحالة إجراء نقل كبد إلى أجنبي بإقامة غير قانونية، ثم أذعن لضغوط سياســية من عضو في مجلس المدينة البلدي من أصل لاتيني وأجرى العملية.

ويبرز مبــدأ العدالة أيضاً في قــرار التحصيص الدقيق لمستشــفى جامعة ديوك عندما نقلت قلباً ورئةً آخرين (متجانســين مع أنسجة جسيكا)، وتظهر قضايا المعاملة التمييزيــة بجلاء في أن مريضة واحدة تلقت مجموعة ثانية من الأعضاء والتي زرعت لها رغم انخفاض احتمال نجاحها.

وأخيــراً هناك قضية تحصيــص الأعضاء الكلي للمواطنــين غير الأمريكيين وما يثير التساؤل أكثر للأجانب بإقامة غير قانونية، إذ إذا أخذنا ندرة الأعضاء الصالحة للنقــل يبدو أنه من غير العدل أخلاقياً أن يتلقى غير الأمريكيين أي منها، وخاصة أن غير الأمريكيين لا يســاهمون بأي عضو في مجموعة الأعضاء البشرية المتاحة للنقل والازدراع، بل تشــير الأدلة الســردية (anecdotal evidence) إلى أن العديد من غير المواطنين يحضرون من ثقافات لا تقبل التبرع بالأعضاء لأســباب دينية أو إجتماعية. ومن الجدير بالذكر أن أســرة جســيكا ســانتيلان رفضت التبرع بأي من أعضائها[٢٩]، وتشير هذه الحالة إلى ضرورة إعادة الشبكة المتحدة للتشارك في الأعضاء نظرها في موقفها إزاء تحصيص الأعضاء لغير المواطنين الأمريكيين، وبخاصة من هم بإقامة غير

قانونية، والذين يحضرون معهم المشكلة المزدوجة، بتضخيم منطقة خدمة المستشفيات كثيراً وعادة بدون أي موارد للدفع مقابل تكاليف الرعاية.

كيف نستطيع تحمل أعباء ذلك؟

بعد تعرضها لنوبتين قلبيتين دخلت امرأة في الثالثة والستين من العمر في غيبوبة لا إفاقة منها، وبعد مضي ثلاث سنوات ما زالت منومةً في مستشفى للرعاية الحادة وقد بلغت مجموع تكاليف علاجها التي لم تدفع بعد مبلغ (٧٥٠٠٠٠) دولار بعد توقف التأمين الخاص، وقد جادل ممثلو شركة التأمين بأن المريضة لا تتلقى إلا رعاية الوصاية (custodial care) وبالتالي لن تدفع الشركة تكاليف الرعاية الحادة. وبناء على قانون الولاية لا يمكن نقل المريضة إلى مرفق آخر إلا إذا تأكد عدم أهليتها العقلية، وقد أدت جهود المستشفى لتحقيق ذلك من خلال دعوى قضائية إلى دعاية سيئة للمستشفى في المجتمع، وفي النهاية فشل المستشفى في نقلها إلى مرفق آخر وماتت هناك.

واجهت المنظمة ومديروها معضلة أخلاقية من خلال العلاقة المستمرة مع مريضة ما عادت بحاجة إلى الرعاية الحادة. فقد منعتهم مبادئ الإحسان (beneficence) وعدم الإضرار (nonmaleficence) وفضائل الرحمة (compassion) والاهتمام والمبالاة (caring) من التخلي عن المريضة ولكن تكاليف رعايتها المجانية تعارضت مع التزام المستشفى بالحفاظ على سلامته المالية، والتي كانت ضرورية للاستمرار في خدمة المجتمع، وبالتالي فقد فشل المديرون في تحقيق فضائل الولاء والتدبير (thrift). وفي إمكان هذا المستشفى الكبير تحمل الخسائر المالية الناتجة عن رعاية تلك المريضة، إلا أن قضية تحصيص الموارد تبقى رغم ذلك، فبإمكان تكاليف قرار التحصيص الدقيق -أي الاستمرار في علاج مريض لن يستفيد من رعاية المستشفى- أن ترهق وتربك قدرات العديد من المستشفيات الأخرى على تقديم الخدمات للمجتمع (أي التحصيص الكلي).

قد يعد تصنيف هذه الحالة على أنها فشل في العلاقات العامة مبتذلاً بعض الشيء ولكن كان باستطاعة المستشفى أن يحوز على تفهم المجتمع وتعاطفه لو كان أكثر صراحة وتواصلاً في شرح المشكلة والمعضلة التي تواجهه في محاولة نقل المرأة إلى مرفق بديل يلائم حالتها أكثر من المستشفى، كما ينبغي للمستشفى أن يسعى جاهداً من خلال اتحاداته المهنية إلى تغيير المتطلبات القانونية بحيث تكون الحالة العقلية أحد المعايير لصنع مثل تلك القرارات لا المعيار الوحيد لها.

ويشكل المرضى غير الملتزمين مشكلة خاصة في قرارات التحصيص الدقيق، لأنهم عادة يعانون من مشـــكلات صحية مزمنة تتطلب معالجة دورية مســـتمرة مثل الديلزة التـــي تعالج أمراض الكلى في المراحل المتأخـــرة (end stage renal disease)، وقد لا يلتـــزم هؤلاء المرضى باتباع نظام غذائي أو دوائـــي، أو بالامتثال للمعالجة المجدولة أو قد يتصرفون بطريقة لا تمكن الموظفين من معالجتهم. وتلتزم المنظمة أدبياً بتســـهيل وتوفيـــر العـــلاج لجميع المرضى الذيـــن يحتاجون لخدماتها، إلا أنـــه يجب إخراج من يعانون من مشكلات سلوكية كبيرة أو الذين لا يلتزمون بالنظام العلاجي، من البرنامج مع العناية الخاصة بالمتطلبات القانونية.

ويثار بعد جديد لقضية سياسة الرعاية المجانية عندما يحضر غير مواطني الولايات المتحدة إلى مستشـــفيات أمريكية للعلاج، فقد أشـــارت تقارير عدة إلى أن ســـيارات الإسعاف من المكسيك تستخدم معابر حدودية غير محروسة لتحضر أجانب بلا إقامة قانونية إلى المستشفيات الأمريكية بعد رفض علاجهم في المستشفيات المكسيكية لعدم قدرتهم على الدفع. ويجب على المستشـــفيات الأمريكية توفير الخدمات بسبب قانون المعالجة الطبية الطارئة والعمالة النشـــطة (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act - EMTALA) الصادر عام (١٩٨٦م) والذي لا يميز بين المواطنين والمقيمـــين بصفة غير قانونية، وقد أتيحت بعض الأموال الفدرالية لموازنة عبء تحمل توفيـــر الخدمات تحت هذا القانون للمقيمين بصفة غير قانونية، ومما يزيد التكاليف حدة، استخدام خدمات الطائرات العمودية لنقل المرضى من مستشفيات الحدود إلى المراكز الطبية داخل البلاد عند الحاجة إلى علاجات أكثر تعقيداً، وقد قدرت خسائر المستشـــفيات المتاخمة للحدود المكســـيكية بأكثر من مئتي مليـــون دولار في علاجات مجانيـــة للمقيمين بصفة غير قانونية، ولا يبدو أن تلك الخســـائر ســـتنخفض قريباً. وقد شارفت بعض المستشفيات على الإفلاس وأرغم البعض الآخر على إغلاق أقسام الطـــوارئ، ممـــا قلل إمكانية وصـــول المواطنين والمقيمين بصفة قانونيـــة إلى الرعاية الصحية، فقد وجدت إحدى الدراســـات أن (٧٧) من المستشـــفيات الأمريكية الواقعة على الحدود مع المكسيك تواجه طوارئ طبية، فتشير العديد من التقارير إلى المصاعب الاقتصاديـــة التي تواجه المستشـــفيات الحدودية والتي توفر كميـــة كبيرة من الرعاية المجانية للمرضى من غير الأمريكيين.

الحكومة الفدرالية هي المســـؤول عن ســـلامة حدود البـــلاد ومع ذلك لا ترغب أن تعالج قضية الهجرة غير القانونية بفاعلية، لذلك يقع العبء المالي على المستشفيات[٤٠]،

ويظهر الإجحاف جلياً في هذا الوضع وتأثيراته السلبية في وضع المهاجرين القانونيين والمواطنين الأمريكيين الذين تخدمهم تلك المستشفيات. ولعدم وجود إجراء فعال حيال ذلك، تغوص المستشفيات في أعماق الانهيار الاقتصادي الذي قد يؤدي إلى إغلاقها على حساب الذين يفترض أن تخدمهم.

الخاتمة:

فحص هذا الفصل بعض القضايا المصاحبة لمسؤولية منظمات الخدمات الصحية الاجتماعية، وخاصة المستشفيات، ورغم التزام المنظمات الأخلاقي بتوفير الموارد وادخارها إلا أن هناك حدوداً أخلاقية لذلك، فمثلاً، هناك حدود أخلاقية للحدة والشدة التي يجب أن تستخدمها لملاحقة الديون المستحقة لها، كما ينبغي اجتناب الممارسات التجارية الحادة لأنها لا تتسق مع الفضائل المختلفة ومبدأ احترام الأشخاص. وتتناغم الفضائل تماماً مع جهود المنظمة لحماية وتعزيز موجوداتها فيما هي تعظم منفعة المريض والمجتمع.

وتلتزم منظمات الخدمات الصحية أدبياً من خلال مديريها بتوفير الخدمات التي تفي باحتياجات المريض بدون اعتبارات للعوامل غير المهمة، مثل العمر وطريقة الدفع والعرق والجنس، ويبدو أن الاختلافات المستمرة في طريقة توفير الخدمات الصحية ناتجة عن كيفية ممارسة الأطباء للطب لا بسبب تعبير مقصود عن التحيز والتمييز، فإن ما حُدد بأنه تمييز ضد المسنين قد لا يعدو كونه تعبير المجتمع عن التركيز على الشباب والفتوة، إلا أن المرفوض أخلاقياً هو الأحكام والتقديرات الضمنية حول تردي نوعية الحياة، وينبغي على مديري الخدمات الصحية تحديد أي إشارة إلى تحيز شخصي أو تحيز ضمن النظام، والتخلص منه وإزالته من صنع القرار الطبي وقرارات توفير الخدمات.

إن حماية الصالح العام -وهو مجموع الموارد العامة والخاصة- مسؤولية عائمة غير ملموسة شبه خيالية، فمعظم ما يمكن عمله أو ما ينبغي عمله هو خارج نطاق وسيطرة مديري الخدمات الصحية، ورغم ذلك فينبغي التخلص من البرامج المبذرة بغض النظر عن مصدر تمويلها، والبرامج ذات الجودة الإكلينيكية المتدنية أو تلك التي تعرض الجمهور للخطر، كما أن توفير الموارد وادخارها هو التزام أخلاقي للمديرين لأن جميع الموارد بغض النظر عن مالكها هي جزء من الصالح العام وتجب حمايتها.

الهوامش:

1. Lucette Lagnado. (2003, October 30). Hospitals try extreme measures to collect their overdue debts. Wall Street Journal, p. A1.

2. Tanner, Michael D. (2009, August 17). Who are the uninsured? Philadelphia Inquirer. Retrieved March 26, 2011, from http://www.cato.org/pub_display. php?pub_id=10449.

3. June E. O'Neill & Dave M. O'Neill. (2010). Who are the uninsured? An analysis of America's uninsured population, their characteristics and their health (p. 4). Washington, DC: Employment Policies Institute.

4. Adapted from Stuart Elliott. (2008, March 12). When a corporate donate raises protests. New York Times. Retrieved March 8, 2011, from http://www.nytimes .com/200812/03//business/media/12adco.html?sq=.

5. Susan Okie. (2001, June 20). Better cancer care urged: Focus on cure hurts treatment of symptoms, study finds. Washington Post, p. A14.

6. Joyce Howard Price. (2003, December 1). Seniors medical care poses bias question. Washington Times, p. A1.

7. National Hospice and Palliative Care Organization. (2010). NHPCO facts and figures: Hospice care in America (p. 7). Alexandria, VA: Author.

8. Beth A. Virnig, Sara Kind, Marshall McBean, & Elliott Fisher. (2000, September). Geographic variation in hospice use prior to death. Journal of the American Geriatrics Society 48(9), pp. 1117–1125.

9. Sarah J. Goodlin, Zhenshao Zhong, Joanne Lynn, Joan M. Teno, Julie P. Fago, Normal Desbiens, Alfred F. Connors, Jr., Neil S. Wenger, & Russell S. Phillips. (1999, December 22). Factors associated with use of cardiopulmonary resuscitation in seriously ill hospitalized adults. Journal of the American Medical Association 282(24), 2333–2339.

10. Howard B. Degenholtz, Robert A. Arnold, Alan Meisel, & Judith R. Lave. (2002, February). Persistence of racial disparities in advance care plan documents among nursing home residents. Journal of the American Geriatrics Society 50(2), pp. 378–381.

11. Neil S. Wenger, Marjorie L. Pearson, Katherine A. Desmond, Ellen R. Harrison, Lisa V. Rubenstein, William H. Rogers, & Katherine L. Kahn. (1995, October 23). Epidemiology of do-not-resuscitate orders: Disparity by age, diagnosis, gender, race, and functional impairment. Archives of Internal Medicine 155, pp. 2056–2062.

12. Robert M. Wachter, John M. Luce, Norman Hearst, & Bernard Lo. (1989, September). Decisions about resuscitation: Inequities among patients with different diseases but similar prognoses. Annals of Internal Medicine 3(6), pp. 525–532.

13. Ezekiel J. Emanuel. (2001, June 9). Euthanasia: Where the Netherlands leads will the world follow? No. Legalisation is a diversion from improving care for the dying. British Medical Journal 322(7299), pp. 1376–1377.

14. Ibid.

15. Very sick patients left all alone, Georgetown study finds. (2001, December 3). American Medical News. Retrieved November 14, 2003, from http://www.ama-assn.org/amednews/200103/12//prbf1203.htm.

16. Judith C. Ahronheim, Michael Mulvihill, Carol Sieger, Pil Park, & Brant E. Fries. (2001, February). State practice variations in the use of tube feedings for nursing home residents with severe cognitive impairment. Journal of the American Geriatrics Society 49(2), pp. 148–152.

17. Maureen Glabman. (2003, June). Managed care makes it tough for some hospitals to stay afloat. Managed Care Magazine. Retrieved January 2, 2004, from http://www.managedcaremag.com/archives/03060306/.er.html.

18. Institute of Medicine Report Brief. (2006, June). The future of emergency care in the United States health system. Retrieved December 18, 2010, from http://www .iom.edu/~/media/Files/Report%20Files/2006/Hospital-Based-Emergency -Care-At-the-Breaking-Point/EmergencyCare.ashx.

19. Charles Fried. (1976, February). Equality and rights in medical care. Hastings Center Report 6(2), pp. 29–34.

20. Leonard M. Fleck. (2002, March/April). Rationing: Don't give up. Hastings Center Report 32(2), pp. 35–36.

21. Greta Anand. (2003, September 12). The big secret in health care: Rationing is here. Wall Street Journal, p. A1.

22. Robert Langreth. (2009, November 30). Useless medicine. Forbes 184(10), pp. 64, 66, 68, 70, 72.

23. American Hospital Association. (2010, December). Uncompensated hospital care cost fact sheet (p. 1). Chicago. Author.

24. Mary Ann Costello. (2004, February 18). Nation's hospitals provided $22.3 billion in uncompensated care in 2002. AHA News Now, p. 1.

25. David Burda. (1995, May 8). Hospitals' care for poor rises slowly. Modern Healthcare 25(19), p. 30.

26. American Hospital Association, p. 1.

27. Health First. (2003). What are not-for-profit/community-minded hospitals? What it means to your community. Retrieved March 26, 2011, from http://www.health -first. org/about_us/not_for_profit.cfm.

28. American Hospital Association, p. 4.

29. National Association of Public Hospitals and Health Systems. (2011). 2009 annual survey: Safety net hospitals and health systems fulfill mission in uncertain times. Retrieved March 26, 2011, from http://www.naph.org/Main-Menu-Category/ Publications/Safety-Net-Financing/2009-Characteristics-Survey-Research -Brief. aspx?FT=.pdf.

30. Burda, p. 30.

31. K.E. Thorpe, C.S. Florence, & E.E. Seiber. (2000). Hospital conversion, margins and the provision of uncompensated care. Health Affairs 19(6), pp. 187–199.

32. David Burda. (1995, April 24). Tennessee for-profits lag in care for poor. Modern Healthcare 25(17), pp. 70, 72, 74.

33. Statement of the Federation of American Hospitals: Hospitals' non-profit status: Federal Trade Commission and Department of Justice hearings on health care and competition law and policy (2003, April 10) (testimony of Eugene Anthony Fay). Retrieved March 29, 2011, from http://www.ftc.gov/ogc/healthcarehearings/ docs/030410fay.pdf.

34. David Burda. (1995, May 8). For-profits, not-for-profits reignite battle. Modern Healthcare 25(19), pp. 28, 30.

35. Sarah Yang. (2003, October 27). New briefs find relatively few hospitals providing bulk of charity care in the state. UC Berkeley News. Retrieved January 6, 2004, from http://www.berkeley.edu/news/media/releases/200327/10/_char ity.shtml.

36. Congress of the United States, Congressional Budget Office. (2006, December). Nonprofit hospitals and the provision of community benefits. Retrieved March 8, 2011, from http://www.cbo.gov/ftpdocs/76xx/doc769506--12/Nonprofit .pdf.

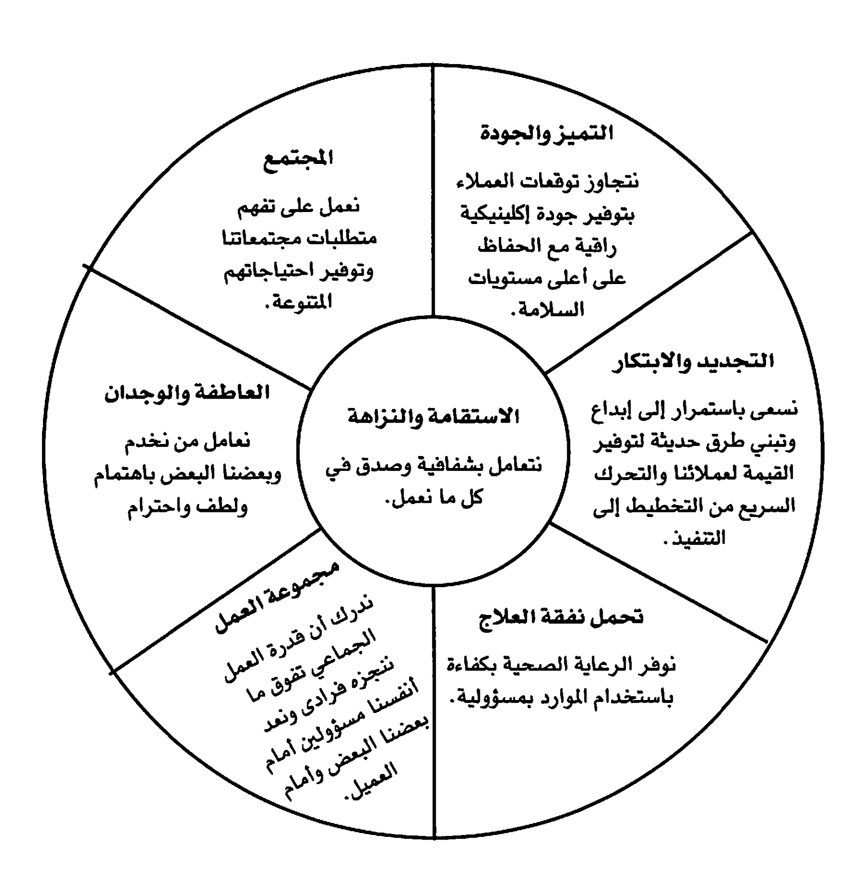
37. Written by Gary E. Crum, Ph.D., MPH, Executive Director, Graduate Medical Education Consortium, University of Virginia at Wise. Used with permission

38. Sources for the Jesica Santillan case: Angela Heywood Bible & Sarah Avery. (2003, February 24). At odds over Jesica's last hours. Retrieved May 4, 2004, from http://organtx.org/ethics/mismatch.htm; Donna Gregory. (2003, February 23). Santillan family planning lawsuit. MSNBC News; A. Comarow. (2003, July 28). Jesica's Story. U.S. News & World Report 135(3), p. 51; Michelle Malkin. (2003, March 18). Illegal alien health care has crippling effects on citizens. Insight on the News. Retrieved May 4, 2004, from http://www.findarticles.com/ cf_0/ m1571989235l2/19_7//p1/article.jhtml.

39. Thomas H. Maugh. (2003, February). Mexican teen dies after her 2nd transplant. Orlando Sentinel. Retrieved March 25, 2011, from http://articles .orlandosentinel. com/200323-02-/news/0302230324_1_blood-life-support -transplant.

40. Jerry Seper. (2002, December 12). Mexican medics take sick to U.S.: Americans left to pick up tab. Washington Times, p. A1.

القيم:



تم الحصول على الشكل في ٤ أبريل ٢٠١١م من موقع:

www.sutterhealth.org/about/comben/commitment/index.html

رسالة ترينيتي هيلث وقيمها الجوهرية وبيان رؤيتها.

الرسالة:

نخدم معاً في ترينيتي هيلث

بروح الإنجيل

أن نعالج البدن والعقل والروح

أن نحسن وضع مجتمعاتنا الصحي

وأن ندير بمسؤولية الموارد المؤتمنة إلينا

القيم الجوهرية:

الاحترام: نقدر ونحترم كل إنسان، لأن كل شخص خلقه الله، في صورة الله. ولكل شخص -بغض النظر عن لقبه أو مركزه أو دخله أو تعليمه أو مكانته أو عرقه أو ديانته أو أثنيته- كرامة مقدسة، نقدر الحياة البشرية ونقدسها من بداياتها البسيطة حتى منتهاها. (سفر التكوين١ :٢٦، إنجيل لوقا ٩: ٤٧-٤٨ إنجيل حنا ١٠:١٠)

العدالة الاجتماعية: في عصر العولمة هذا، والتواصل الفوري، بدأنا ندرك إنسانيتنا المشتركة كما ندرك أيضاً التفاوت الكبير في الاقتصاد والصحة والتعليم والتطور بين سكان المعمورة. تفرض علينا العدالة الاجتماعية وتلزمنا بالصالح المشترك بحيث يحصل الجميع على احتياجاتهم الأساسية. وندرك كذلك أن الصحة وإمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية حق إنساني أساسي، ونسعى إلى توفيره وحمايته. (حكمة سليمان ٩: ٢ف أشعيا ٣٢: ١٦-١٨)

الرحمة: يأتي الناس إلينا حينما يكون لديهم احتياج ومكروبين، وبروح عيسى، ندرك احتياجاتهم ونسعى إلى تلبيتها ونسعى إليهم في آلامهم ومعاناتهم ونرعاهم بدناً وعقلاً وروحاً، ونعد القدرة على الإحساس بمعاناة الآخرين والاستجابة لها من القيم الأساسية لكهنوتنا في تقديم الرعاية الصحية أينما كان لنا أن نقدم خدماتنا، كما ندرك أيضاً أننا نحب أولئك الذين لا نتمكن من علاجهم ونهتم بهم ونشاركهم في معاناتهم. (إنجيل مارك ١: ٤٠ف، مارك ١٠: ٥١، لوقا ٤:٤٠، لوقا ١٠: ٣٠-٣٧،الرومان ١٢: ١٥، كورنثي ١٣: ٤-٧)

رعاية الفقراء ومن تنقصهم الرعاية الصحية: يسـمع الله شـكوى الفقراء، لذلك نسعى إليهم بكل محبة واحترام، وكذلك إلى من تنقصهم الرعاية الصحية كمحور خاص من كهنوت تقديمنا للرعاية الصحية، فأكثر من يحتاج إلى مساعدتنا ورعايتنا هم من لا يملكون مواردهم الخاصة، حيث لا نسعى فقط إلى تلبية احتياجاتهم المباشرة بل أيضاً إلى تغيير التركيبة والهيكلة التي تبقيهم في بيئة غير صحية وظروف غير إنسانية. ومن خلال كهنوتنا في تقديم الرعاية الصحية ومثابرتنا نسعى إلى خدمة الفقراء ومن تنقصهم الرعاية الصحية في مجتمعاتنا. ونحن أيضا نسمع شكوى الفقراء ومن تنقصهم الخدمة الصحية. (سفر أعمال الرسل ٤: ٣٢-٣٥، جيمس ٢: ١٥)

التميز: يتطلع الإنجيل إلى اليوم الذي تخلق فيه جنة جديدة وأرض جديدة، حينما تبلغ الخليقة حد الكمال، رؤيتنا لا تقل عن ذلك. ونسعى في كل ما نعمل إلى احترام أكثر، وعدالة أكبر، وتعاطف أوسع، ورعاية أفضل، وإلى تقليص الفقر، ونكاد لا نطيق صبراً لتحسين أدائنا، ورفع مسؤوليتنا في الاستمرار في تحسين الخدمات التي نقدمها.(ماثيو٢٥: ١٤-٢٣، كورينثي ٩: ٦، الرؤيا ٢١: ١)

الرؤية: يلهمنا تراثنا الكاثوليكي إلى جعل ترينيتي هيلث تتميز بتكثيف لا يكل وتركيز لا يلين على المخرجات الإكلينيكية، ومخرجات جميع خدماتنا في سعينا الدؤوب نحو التميز والامتياز في تقديم الرعاية، وبذلك تصبح ترينيتي هيلث الشريك الموثوق في الرعاية الصحية مدى الحياة.

- تركز رؤيتنا على محاور ثلاثة هي:
- التزام بهدفنا المؤسس بدعم الرعاية الصحية الكاثوليكية وتقويتها.
- التأكيد والتركيز على توفير تجربة شخصية فريدة في كهنوت منظمتنا.
- التركيز على أهمية بناء علاقات وطيدة موثوقة مع جميع من يرتبط بنا من مرضى وشركاء وأطباء والمجتمع.

تم الحصول على المعلومات في ٤ أبريل ٢٠١١م من موقع:

www.trinity-health.org/body.cfm?id=19

رسالة وبيان رؤية مركز جامعة جورج واشنطن الطبي.

الرسالة:

- التدريس بإبداع وتفان.
- المعالجة بجودة ووجدان.
- الاكتشاف بروح التصور والتجديد.

العمل معاً في عاصمة بلادنا بنزاهة وعزيمة، ويلتزم مركز جامعة جورج واشـــنطن الطبي بتحسين صحة ورفاهة مجتمعاتنا المحلية والوطنية والعالمية.

الرؤية:

يقوم مركز جامعة جورج واشنطن الطبي بتحسين صحة ورفاهة مجتمعاتنا المحلية والوطنية والعالمية من خلال ما يلي:

- تطوير قادة المستقبل.
- تقديم الرعاية الصحية عالية الجودة.
- الدفع قدماً بعجلة الاكتشافات العلمية وترجمة تلك الاكتشافات إلى نشاطات.
- تطويع التقنيات الحديثة.
- تأسيس شراكات مع المجتمع.
- تعزيز التعاون متعدد التخصصات.
- السعي نحو التحالفات الفريدة الخاصة بموقعنا.

تم الحصول على المعلومات في ٤ أبريل ٢٠١١م من موقع:

www.gwumc.edu/about/ourmission

الرسالة والقيم والبيانات الداعمة لها لمركز ماونتن فيو الإقليمي الطبي.

الرسالة:

خلـق بيئة من العناية والرعاية وصيانتها حيث يمثـل فريق الرعاية الصحية لدينا التميز الإكلينيكي وتميز الخدمات ضمن مجتمعنا المحلي.

القيم والبيانات الداعمة لها:

السلامة: سـنقوم على خلق بيئة آمنة تعزز الثقة وتركز علـى المعايير الأخلاقية السامية.

الوجدان: سوف ننشئ بيئة متعاطفة معتنية لمرضانا وأسرهم وضيوفهم.

عمل الفريق: ندعم بيئة العمل الإيجابية التي تدعو إلى التعاون والتكاتف والتواصل والاعتزاز بين موظفينا والطاقم الطبي والإدارة والمتطوعين والمجتمع.

الكفاءة: سنشتهر ونعرف فردياً وجماعياً بتميزنا الإكلينيكي وخدمتنا المتفوقة من خلال توفير رعاية صحية ذات جودة وكفاءة عالية.

تم الحصول على المعلومات في ٤ أبريل ٢٠١١م من موقع:

www.mountainviewregional.com/About/Pages?Mission%20and%20Vision.aspx

الرسالة والقيمة الرئيسة وبيانات القيم في مايو كلينيك.

الرسالة:

أن ننشر الأمل وأن نسهم في الصحة والرفاهة من خلال توفير أفضل الرعاية لكل مريض، بواسطة الممارسات الإكلينيكية والتعليم والبحوث المتكاملة.

القيمة الرئيسة:

احتياجات المريض في المقام الأول.

بيانات القيم:

هذه القيم التي تقود وترشد رسالة مايو كلينيك إلى يومنا هذا هي تعبير عن رؤية ورغبة مؤسسينا أطباء مايو الأوائل وراهبات ساينت فرانسيس.

الاحترام: نعامل الجميع في مجتمعنا المتنوع بما فيهم المرضى وأسرهم وزملائهم بكرامة.

الوجدان: نوفر أفضل الرعاية ونعامل المرضى وأسرهم برقة وتعاطف.

الأمانة: نلتزم بأعلى معايير المهنية والأخلاقيات والمسؤولية الشخصية التي تستحق الثقة التي يضعها مرضانا فينا.

المعالجة: ننشر الأمل ونرعى رفاهة الشخص كاملة، ونحترم ونلبي احتياجاته البدنية والعاطفية والروحانية.

عمل الفريق: نقدر مساهمة الجميع ونمزج المهارات الفردية لأعضاء هيئة الموظفين في تعاون غير مسبوق.

التميز: نوفر أفضل المخرجات وأعلى جودة من الخدمات من خلال الجهود المكرسة المتفانية لكل عضو في الفريق.

الإبداع: نبث الحيوية والنشاط في المنظمة ونعزز حياة الذين نتشرف بخدمتهم من خلال الأفكار الخلاقة والمواهب الفريدة لجميع موظفينا.

الوكالة: تغذية رسالتنا والاستثمار فيها وفي مجتمعاتنا الممتدة من خلال الإدارة الحكيمة لمواردنا البشرية والطبيعية والمادية.

تم الحصول على المعلومات في ٤ أبريل ٢٠١١م من موقع:

www.mayoclinic.org/about/missionvalues.html طبعت بالإذن

الرسالة ومبادئ الخدمة وبيانات القيم الجوهرية لصنرايز سينيور ليفينغ.

يـدرَّب كل عضو من فريق مجتمعـات صنرايز على إدراك وتفهم قيمة رسـالتنا ومبادئ الخدمة والقيم الجوهرية لدينا، ويشـجعون على الامتثال لها واتباعها في كل ما يعملون من أجل نزلائنا كل يوم. وهذه هي سمة صنرايز التي تميزها.

رسالتنا:

كانت رسـالة صنرايز منذ البداية ترسـيخ جودة الحياة لجميع المسنين، فقد طور مؤسسا صنرايز بول وتيري كلاسن فلسفتهما المتمحورة حول النزيل في الرعاية مبنية على إيمان عميق بكيفية تحقيق أفضل جودة لحياة كل فرد. وأصبحت تلك القناعات الآن أساس مبادئ الخدمة والقيم الجوهرية ونقطة تركيز أعضاء فرق عملنا في جميع مجتمعات معيشة المسنين لدينا.

مبادئ الخدمة التي نعمل بها:

كل من يعمل في صنرايز يتبع المبادئ الستة التالية.

حفظ الكرامة:

نقدر تجربة حياة كل المسـنين، ونقدم لكل منهم الاحترام والتقدير الذي يستحقه، فعلى سـبيل المثال، في مجمعات رمينيسانس، يشـجع النزلاء الذين يعانون من مرض الزهايمر وأشـكال أخرى من فقدان الذاكرة على المشاركة في نشاطات هادفة معبرة، تمنحهم إحساساً بالغاية والهدف وتجعل أيامهم ممتعة.

تغذية الروح:

نحن نرعى الشخص بكامله، عقله وبدنه وروحه، فلا يعنى أعضاء فرق العمل لدينا باحتياجات نزلائنا البدنية فحسـب بل يلتزمـون بتوفير الفرصة للتواصل الاجتماعي والتمارين الذهنية والاستيفاء الروحاني التي تناسب أذواق وتفضيلات كل نزيل.

تشجيع الفردية ودعمها:

ندرك أن كل شخص من نزلائنا فريد، وكل لديه قصة حياة مختلفة نرغب في سماعها وتفهمها، وكل منهم لديه ذوقه الشخصي المختلف وتفضيلاته التي نحترمها جميعا.

تمكين حرية الخيار:

نخول المسنين على العيش كما يرغبون ونعينهم على ذلك من خلال توفير الخيارات لهم، فالبدائل هي من أســاليب الحياة في صنرايز، ســواءً كان ذلك في صالة الطعام حيــث يوجد دائماً قائمة خاصة من الخيارات اليومية بالإضافة إلى تشــكيلة الأطباق المفضلــة، أو كان ذلك في جنــاح النزيل حيث بإمكانهم الاســتيقاظ في الوقت الذي يرغبون كما اعتادوا عليه من قبل.

تشجيع الاستقلالية:

نشــجع حق نزلائنا في الاعتماد على الذات فيما أمكن من السبل، وقد تم تصميم مجتمعاتنا خصيصاً لتشجيع التنقل والتحرك في بيئة آمنة، وتم تدريب مديري الرعاية على دعم وتشجيع خيارات نزلائنا ما أمكن ذلك.

مشاركة الأسرة والأصدقاء:

نرحب بمشــاركة الأســرة والأصدقاء في جميع نشــاطات مجتمعاتنا، فلا توجد «ســاعات زيارة» في صنرايز ونشجع الزوار على قضاء الوقت مع النزلاء في أي وقت مــن النهار أو الليل، ويتواصل مديــرو الرعاية وقادة المجتمع لدينا مع أفراد الأســرة بانتظام من أجل ضمان تقديمنا أفضل الخدمات لنزلائنا.

قيمنا الجوهرية:

تعمل صنرايز على ضمان ترسيخ تلك القيم الجوهرية في جميع أعضاء فرقنا:

- العاطفة.
- متعة الخدمة.
- الوكالة.
- الاحترام.
- الثقة.

تم الحصول على المعلومات في ٤أبريل ٢٠١١م من موقع:

www.sunriseseniorliving.com/the-sunrise-difference/principles-and-values.aspx

الملحق (ب)

الضوابط الأخلاقية

القسم الأبوقراطي: النص الكلاسيكي

أقسم بأبولو الطبيب وأسكليبيوس وهايجيا وباناسيا وجميع الآلهة وأجعلهم شهودي.. (حيث سطر أبوقراط قسمه هذا في القرن الخامس قبل الميلاد فقد أقسم بآلهة الميثولوجيا الإغريقية)... أن أفي وفق قدراتي وتمييزي بهذا القسم وبهذا التعهد:

أن أعد من علمني هذا الفن بمثابة والدي وأن أعيش حياتي مشاركاً له، وإن احتاج إلى المال أن أعطيه قسطاً مما لدي، وأن أعد أبناءه بمثابة إخوتي من الذرية الذكرية، وأن أعلمهم هذا الفن -إن هم رغبوا في ذلك- بدون أي رسوم أو التزام من لدنهم. وأن أمنح جزءاً من المبادئ والتوجيهات الشفهية وجميع المعارف الأخرى لأبنائي، ولأبناء من علمني، وللطلاب الذين وقعوا الاتفاق، وأقسموا قسماً وفق القوانين والمبادئ الطبية، ولا أحد سوى ذلك.

سوف أطبق إجراءات غذائية لمصلحة المرضى ووفق قدراتي وتمييزي، وسوف أحميهم من الأذى والجور.

كما أني لن أعطي عقاراً قاتلاً لأي شخص يطلبه ولن أقترح شيئاً من هذا القبيل. وبالمثل، لن أعطي لامرأة دواء مجهضاً، كما سأحافظ على حياتي وعلى فني بنقاء وطهارة.

لن أستخدم المبضع، ولا حتى على أولئك الذين يعانون من الحصى، بل أنسحب أمام الرجال الملمين بذلك العمل.

عند زيارتي لأي بيت فسأحضر لمصلحة المرضى ولن أكنَّ أي ظلم أو جور غير مقصود ، ولن أقوم بأي أذى وخاصة أي علاقة جنسية مع أي شخص ذكراً كان أم أنثى، حراً كان أو عبداً.

كل ما قد أرى أو أسمع خلال معالجتي أو خلاف ذلك فيما يتعلق بحياة الناس التي لا ينبغي نشرها فسأحتفظ به لنفسي وأمتنع عن الحديث عن أي أمر مخجل أو يخل بالحياء.

إن التزمت بهذا القسم ولم أخل به أتمنى أن أستمتع بحياتي وفني وأن أتشرف بالشهرة والصيت بين جميع الرجال في جميع الأزمان القادمة، وإن انتهكته وأقسمت زوراً فليحل بي عكس ما تمنيت.

تم الحصول على المعلومات في ٤أبريل ٢٠١١م من موقع:

www.pbs.org/wgbh/nova/doctors/oath_classical.html.

ترجمه من اليونانية إلى الإنجليزية لودويغ أيدلستين

ضوابط أخلاقيات المجمع الأمريكي لتنفيذيي الرعاية الصحية.

مقدمة:

هدف ضوابط أخلاقيات المجمع الأمريكي لتنفيذيي الرعاية الصحية هو أن تكون بمثابة معيار سلوك منسوبيه، وتضم معايير السلوك الأخلاقي لتنفيذيي الرعاية الصحية في علاقاتهم المهنية التي تشمل العلاقات مع الزملاء والمرضى أو الآخرين من متلقي خدماتهم، وكذلك أعضاء منظمة تنفيذيي الرعاية الصحية والمنظمات الأخرى والجماعات والمجتمع ككل.

كما تشمل ضوابط الأخلاقيات أيضاً معايير السلوك الأخلاقي المتعلقة بالسلوك الفردي وخاصةً عندما يرتبط ذلك السلوك بدور وهوية تنفيذي الرعاية الصحية.

الأهداف الأساسية لمهنة إدارة الرعاية الصحية هي تعزيز جودة الحياة عامة والحفاظ عليها وعلى كرامة ورفاهة كل شخص يحتاج إلى خدمات الرعاية الصحية وخلق نظام صحي يتحلى بالإنصاف وإمكانية وصول الجميع إلى خدماته وبالكفاءة والفاعلية.

يلتزم تنفيذيو الرعاية الصحية بالتصرف بطرق تكتسب ثقة وتيقن واحترام ممتهني الرعاية الصحية والناس عامة، ولذلك عليهم أن يعيشوا الحياة التي تجسد نظاماً مثالياً من القيم والأخلاقيات.

في وفائهم بالتزاماتهم وتعهداتهم -نحو المرضى والآخرين ممن يخدمون- على تنفيذيي الرعاية الصحية العمل كوسطاء ونماذج أخلاقية يحتذى بها. وحيث يؤثر كل قرار إداري في صحة ورفاهة كل من الأشخاص والمجتمعات، فعليهم أيضاً تقييم كل النتائج المحتملة لقراراتهم بحذر، وعليهم عند عملهم في المنظمات التي تقدم الخدمات الصحية حماية وتعزيز حقوق ومصالح وامتيازات المرضى والآخرين ممن يخدمون.

يتطلب دور الوسـيط الأخلاقي مـن تنفيذيي الرعاية الصحيـة اتخاذ الإجراءات اللازمة لتعزيز تلك الحقوق والمصالح والامتيازات.

كما يعني تصرفهم كنموذج يحتذى به أن تعكس قراراتهم وأفعالهم أمانة شخصية، وقيادة أخلاقية يسعى الآخرون إلى الاحتذاء بها.

١. مسؤوليات تنفيذي الرعاية الصحية نحو مهنة الإدارة الصحية:

على تنفيذي الرعاية الصحية:

أ. دعم ضوابط أخلاقيات ورسالة المجمع الأمريكي لتنفيذيي الرعاية الصحية.

ب. القيام بالنشـاطات المهنية بأمانة ونزاهة واحترام وعدل وحسـن نية بطريقة تنعكس إيجابياً على المهنة.

ج. التقيد بجميع القوانين والأنظمة المتعلقة بإدارة الرعاية الصحية ضمن النطاق القضائي الذي يقع فيه التنفيذي أو يؤدي فيه نشاطاته المهنية.

د. المحافظـة على التأهيل والمهارة في إدارة الرعايـة الصحية من خلال تطبيق برنامج تقييم شخصي والتعليم المهني المستمر.

هـ. تجنب الاستغلال غير الملائم للعلاقات المهنية في المنفعة الشخصية.

و. الإفصاح عن تضارب المصالح المالي وغيره من التضاربات الأخرى.

ز. استخدام الضوابط من أجل التوسع في مصالح المهنة لا المصالح الشخصية.

ح. احترام الثقة المهنية.

ط. تعزيز كرامة وسـمعة مهنة إدارة الرعاية الصحيـة من خلال برامج التوعية العامة الإيجابية.

ي. الامتناع عن المشـاركة في أي نشـاط يحط من قـدر ومصداقية مهنة إدارة الرعاية الصحية.

٢. مسؤوليات تنفيذي الرعاية الصحية نحو المرضى والآخرين ممن يخدمهم:

سيقوم تنفيذي الرعاية الصحية ضمن مجال سلطته بما يلي:

أ. العمل على ضمان وجود إجراء لتقييم جودة الرعاية أو الخدمة المقدمة.

ب. تجنب ممارسـة أو تسـهيل التمييز ووضع إجراءات وقائية لمنع الممارسـات المنظمية التمييزية.

ج. العمل على ضمان وجود إجراء يبلغ المرضى والآخرين الذين تتم خدمتهم بالحقوق والفرص والمسؤوليات والمخاطر المتعلقة بخدمات الرعاية الصحية المتاحة.

د. العمل على ضمان وجود إجراء لتسهيل حل الخلافات والنزاعات التي قد تنشأ عندما تختلف قيم المرضى وأسرهم عن قيم الموظفين والأطباء.

هـ. إبداء عدم التسامح التام تجاه أي سوء استخدام للسلطة يمس المرضى أو الآخرين ممن تتم خدمتهم.

و. العمل على توفير إجراء يضمن استقلالية المرضى وحق تقرير المصير لهم وللآخرين ممن تتم خدمتهم.

ز. العمل على ضمان وجود إجراءات واحتياطات لحماية سرية وخصوصية المرضى والآخرين ممن تتم خدمتهم.

٣. **مسؤوليات تنفيذي الرعاية الصحية تجاه المنظمة:**

سيقوم تنفيذي الرعاية الصحية ضمن مجال سلطته بما يلي:

أ. توفير خدمات الرعاية الصحية الملائمة للموارد المتاحة، وعند وجود موارد محدودة العمل على ضمان وجود إجراءات لتحصيص الموارد يراعي تبعاتها الأخلاقية.

ب. أداء كل من النشاطات التنافسية والتعاونية بطريقة تحسن وتعزز خدمات الرعاية الصحية في المجتمع.

ج. قيادة المنظمة في استخدام وتحسين معايير الإدارة والممارسات السليمة في أداء العمل.

د. احترام عادات وممارسات المرضى والآخرين الذين تتم خدمتهم، مع الالتزام بفلسفة المنظمة.

هـ. الصدق في جميع أنماط التواصل المهني والمنظمي وتجنب نشر المعلومات المغلوطة والمضللة والمخادعة.

و. التبليغ الفوري والدقيق عن المعلومات المالية السلبية أو غيرها من المعلومات والمبادرة في اتخاذ الإجراءات الملائمة.

ز. منع الاحتيال والعبث والأساليب المحاسبية الملتوية التي قد تؤدي إلى تقارير مالية يختلف عليها.

ح. خلق بيئة منظمية تتفاعل فيها كل من الأخطاء الإكلينيكية والإدارية، وعند حدوثها يكشف عنها ويتم تناولها بفعالية.

ط. تطبيق ضوابط أخلاقية منظمية ومراقبة الالتزام بها.

ي. توفير مصادر للأخلاقيات للموظفين لمعالجة القضايا المنظمية والإكلينيكية.

٤. مسؤوليات تنفيذي الرعاية الصحية تجاه الموظفين:

يتحمل تنفيذيو الرعاية الصحية التزامات أخلاقية ومهنية للموظفين الذين يرأسونهم تشمل ولكنها لا تقتصر على ما يلي:

أ. خلق بيئة عمل تعزز السلوك الأخلاقي لدى الموظفين.

ب. توفير بيئة عمل تشجع حرية التعبير عن الشؤون الأخلاقية وتهيئ آليات لمناقشة ومعالجة تلك الشؤون.

ج. توفير بيئة عمل تثبط التحرش الجنسي وغيره من المضايقات، وكذلك الإكراه من أي نوع وخاصةً على القيام بعمل غير أخلاقي أومخالف للقانون، وكذلك تثبيط ومنع التمييز على أساس العرق أو الإثنية أو العقيدة أو الجنس أو التفضيلات الجنسية أو العمر أو الإعاقة.

د. توفير بيئة عمل تعزز الاستخدام الأمثل لمعارف ومهارات الموظفين.

هـ. توفير بيئة عمل آمنة.

و. تأسيس آليات ملائمة للتظلم والاحتكام.

٥. مسؤوليات تنفيذي الرعاية الصحية تجاه الجماعة والمجتمع:

سيقوم تنفيذي الرعاية الصحية بما يلي:

أ. العمل على تحديد احتياجات الجماعة من الرعاية الصحية وتوفيرها.

ب. العمل على دعم إمكانية جميع الناس من الوصول إلى الرعاية الصحية.

ج. تشجيع الحوار العام حول قضايا سياسات الرعاية الصحية والمشاركة فيه، ودعم الحلول التي تحسن الوضع الصحي وتعزز الرعاية الصحية عالية الجودة.

د. تطبيق التقييمات قصيرة وطويلة المدى على قرارات الإدارة التي تؤثر في الجماعة والمجتمع.

هـ. توفير المعلومات الكافية والدقيقة للمرضى المستقبليين وتمكينهم من صنع قرارات مستنيرة فيما يتعلق بالخدمات الصحية.

٦. مسؤولية تنفيذي الرعاية الصحية بالتبليغ عن انتهاكات الضوابط:

يلتزم عضو المجمع الأمريكي لتنفيذيي الرعاية الصحية الذي لديه دوافع معقولة للاعتقاد بأن عضواً آخر قد انتهك هذه الضوابط بتبليغ تلك الوقائع إلى اللجنة الأخلاقية.

تم الحصول على المعلومات في ٤أبريل ٢٠١١م من موقع:

www.ache.org/abt_ache/AXHECodeofEthics-2007.pdf

ضوابط أخلاقيات المجمع الأمريكي لإداريي الرعاية الصحية.

مقدمة:

إن الحفاظ على أعلى معايير النزاهة والمبادئ الأخلاقية أمر في غاية الأهمية من أجل الوفاء بالمسؤوليات المهنية لجميع إداريي الرعاية الصحية المستديمين في هذا المجال، وقد أعلن المجمع الأمريكي لإداريي الرعاية الصحية هذه الضوابط الأخلاقية في سعيه لتأكيد القواعد الأساسية التي تعد بديهية لهذا الهدف الأساسي. وينبغي على الأعضاء الالتزام بالسعي ليس لاجتناب السلوك -الذي تحظره الضوابط فحسب- بل أيضاً لاجتناب السلوك الذي يتناقض مع روح تلك الضوابط وأهدافها، لن يعد عدم تحديد أي مسؤولية معينة، أو ممارسة ما -في ضوابط الأخلاقيات هذه- إنكاراً لوجود مسؤوليات أو ممارسات أخرى. وندرك أن المسؤولية الحتمية لتطبيق المعايير والأخلاقيات تقع على عاتق الفرد، وإذ يرسخ المجمع الأمريكي لإداريي الرعاية الصحية الضوابط الأخلاقية التالية ليؤكد توقعاته من أعضائه.

التوقع ١:

سيعد الأفراد رفاهة الأشخاص الذين توفر لهم الخدمة في المقام الأول.

التشريعات: سيقوم إداري الرعاية الصحية بما يلي:

- السعي لتوفير أعلى جودة من الخدمات الملائمة ما أمكن -لكل من وضع في رعايته- في ظل الموارد المتاحة أو القيود الأخرى.
- تشغيل المرفق وفق القوانين والأنظمة ومعايير الممارسة المعترف بها في حقل الإدارة الصحية.

- حماية سـرية المعلومـات المتعلقة بمتلقي الرعاية، مع الثبـات على ما تقتضيه القوانين والمعايير المهنية.
- أداء المهـام الإدارية بالنزاهة الشـخصية التي تكتسـب إيمـان وثقة واحترام الجمهور.
- اتخاذ الخطوات الملائمة لتجنب التمييز على أسـاس العرق أو اللون أو الجنس أو الديانـة أو العمر أو الأصل القومي أو الإعاقة أو الحالة الزواجية أو الأصل أو أي عامـل يميز ضد القانون أو لا يتعلق بالمتطلبـات الحقيقية للرعاية ذات الجودة العالية.

المحظورات: لن يقوم إداري الرعاية الصحية بما يلي:

الإفصاح بمعلومات مهنية أو شخصية تتعلق بمتلقي الخدمة لأشخاص غير مخولين إلا إذا استدعى القانون ذلك، أو لحماية الرفاهة العامة.

التوقع ٢:

سوف يحافظ الأفراد على معايير مرتفعة من الأهلية المهنية.

التشريعات: سيقوم إداري الرعاية الصحية بما يلي:

- حيازة الكفاءات اللازمة لأداء مسؤولياته بفاعلية والحفاظ عليها.
- ممارسـة الإدارة وفق القدرات والمهارات وعند اللزوم طلب المشورة من الآخرين المؤهلين.
- السـعي بتؤدة لتعزيز المعرفة والخبرة بإدارة الرعايـة المديدة من خلال التعليم المستمر والتطوير المهني.

المحظورات: لن يقوم إداري الرعاية الصحية بما يلي:

- تحريف وتزييف المؤهلات والتعليم أو الخبرة والانتماء إلى مجموعات مهنية.
- توفير خدمات غير تلك التي هو مستعد ومؤهل لأدائها.

التوقع ٣:

سـوف يسـعى الأفراد في جميع الأمور المتعلقة بمهامهم المهنية إلى الحفاظ على وضعية مهنية تضع في المقام الأول مصالح المرفق والمقيمين فيه.

التشريعات: سيقوم إداري الرعاية الصحية بما يلي:

- اجتناب الشراكات وتوفير مجال للتسوية العادلة لأي خلاف قد ينشب في توفير الخدمات أو إدارة المرفق.
- الإفصاح لمجلس الإدارة أو أي سـلطة أخرى - حسـب الوضع - عن أي ظروف فعلية أو محتملة تتعلق به قد يُعتقد أنها تؤدي إلى تضارب للمصالح أو لها تأثير سلبي كبير على المرفق أو المقيمين فيه.

المحظورات: لن يقوم إداري الرعاية الصحية بما يلي:

- المشاركة في نشاطات قد يعتقد أنها تؤدي إلى تضارب المصالح أو يمكن أن تؤثر سلباً على المرفق أو المقيمين فيه.

التوقع ٤:

سوف يفي الأفراد بمسـؤولياتهم نحو الجمهور، ونحو مهنتهم، ونحو علاقاتهم مع الزملاء، وأعضاء المهن الأخرى المرتبطة بالمهنة.

التشريعات: سيقوم إداري الرعاية الصحية بما يلي:

- دعم وتعزيز زيادة المعرفة ضمن مهنة إدارة الرعاية الصحية ومسـاندة الجهود البحثية الرامية إلى ذلك.
- المسـاهمة مع الآخريـن في المجتمـع للتخطيط لمجال متكامـل من الخدمات الصحية وتوفيرها.
- مشـاركة مجالات الخبرة مع الزملاء والطـلاب والجمهور لرفع الوعي وتعزيز تفهم الرعاية الصحية عامة والمهنية خاصة.
- إبـلاغ لجنة معاييـر وأخلاقيات المجمـع الأمريكي لإداريـي الرعاية الصحية بالانتهـاكات الفعلية أو المحتملة لضوابط الأخلاقيـات هذه، والتعاون التام مع

استفسارات المجمع الرسمية وتحقيقاته في أمور السلوك المهني المتعلق بهذه الضوابط.

المحظورات: لن يقوم إداري الرعاية الصحية بما يلي:

حماية أو دعم أو تجاهل السلوك غير الأخلاقي الذي يرتكبه الزملاء والأنداد أو الطلاب.

نقلت بالإذن من المجمع الأمريكي لإداريي الرعاية الصحية. تم الحصول على المعلومات في ٤أبريل ٢٠١١م من موقع:

www.achca.org/index.php/about-achca.

مبادئ الأخلاقيات الطبية للجمعية الطبية الأمريكية.

مقدمة:

لقد التزمت مهنة الطب منذ زمن بعيد بكم من البيانات الأخلاقية الذي طُور أساساً لمصلحة المرضى. وبصفته عضواً في هذه المهنة على الطبيب إدراك مسؤوليته تجاه المرضى أولاً وقبل كل شيء، إضافة إلى مسؤوليته تجاه المجتمع وتجاه ممتهني الصحة الآخرين وتجاه نفسه. لا تعد المبادئ التالية التي تبنتها الجمعية الطبية الأمريكية قوانين ولكنها معايير سلوكية تحدد أساسيات السلوك الشريف الذي ينبغي أن يسلكه الطبيب.

مبادئ الأخلاقيات الطبية:

- سوف يتفانى الطبيب لتوفير الرعاية الصحية المؤهلة برأفة واحترام للحقوق والكرامة الإنسانية.
- على الطبيب دعم معايير المهنية وأن يكون نزيهاً في جميع التفاعلات المهنية والسعي إلى التبليغ عن الأطباء الذين تعوزهم العريكة والتأهيل، أو الذين يمارسون الاحتيال أو الخداع إلى السلطات المناسبة.
- على الطبيب احترام القانون وإدراك مسؤوليته للسعي إلى تغيير المتطلبات التي ليست في صالح المريض.
- على الطبيب احترام حقوق المرضى والزملاء وممتهني الصحة الآخرين وأن يحمي ثقة المريض وخصوصيته ضمن حدود القانون.

- على الطبيب الاستمرار في دراسة وتطبيق المعرفة العلمية والتوسع بها والحفاظ علـى التزامه بالتعليم الطبي وأن يوفر المعلومات ذات الصلة للمرضى والزملاء والجمهور والحصول على استشـارات ممتهني الصحة الآخرين وأن يسـتخدم مهاراتهم عند الحاجة.
- للطبيـب عند توفيره الرعاية الملائمة للمريـض - عدا في الحالات الطارئة - حرية اختيار من يوفر لهم الرعاية الطبية.
- على الطبيب إدراك مسؤوليته للمشاركة في النشاطات التي تساهم في تحسين المجتمع والصحة العامة.
- على الطبيب أثناء رعايته للمريض اعتبار مسؤوليته نحو المريض في المقام الأول.
- على الطبيب دعم وتعزيز إمكانية وصول جميع الناس إلى الرعاية الطبية.

تم الحصول على المعلومات في ٤ أبريل ٢٠١١م من موقع:

www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/principles-medical-ethics.page.

مجلس الجمعية الطبية الأمريكية للشؤون الأخلاقية والقضائية.

العناصر الأساسية لعلاقة المريض بالطبيب:

أدرك الأطبـاء منذ القدم أن صحـة ورفاهة المرضى تعتمد على جهود تعاونية بين الطبيب والمريض، ويشـارك المرضى الأطباء في المسؤولية عن رعايتهم الصحية، وتبلغ علاقة الطبيب بالمريض قمة منفعتها للمرضى عندما يعرض المرضى مشكلاتهم الطبية على الطبيب في وقت مبكر، ويوفروا المعلومات الوافية عن حالاتهم الطبية بأفضل ما أمكنهم ويعملوا مع الطبيب في تحالـف يزدان بالاحترام المتبادل، ويتمكن الأطباء من المسـاهمة على أكمل وجه في هذا التحالف بالعمل كأنصـار ومؤيدين لمرضاهم ومن خلال رعاية وتعزيز الحقوق التالية:

١. للمريض الحق بتلقي المعلومات من الطبيب ومناقشة المنافع والمخاطر والتكاليف للبدائل العلاجية الملائمة، وعلى المرضى تلقي التوجيه والإرشاد من أطبائهم حول مسـار العمل المثالي. كما يحق للمرضى أيضاً الحصول على نسخ من ملفاتهم

الطبية أو خلاصات منها، وأن يرد على تساؤلاتهم وإفادتهم بتضارب المصالح المحتمل لدى الطبيب المعالج والحصول على آراء ومشورة مهنية مستقلة.

٢. للمريض الحق بصنع القرارات المتعلقة بالرعاية الصحية التي يوصي بها طبيبه، وبناء عليه له الحق في قبول أو رفض أي معالجة طبية مقترحة.

٣. يحق للمريض الكياسة والكرامة والاستجابة والاهتمام باحتياجاته وتلبيتها في وقت ملائم.

٤. يحق للمريض السرية ولا يحق للطبيب إفشاء أي تواصل أو معلومات خاصة بدون رضا المريض، ما لم ينص القانون أو الحاجة لحماية رفاهة ومصلحة الأفراد أو الجمهور على غير ذلك.

٥. للمريض الحق في استمرارية الرعاية الصحية، ويلتزم الطبيب بالتعاون في تنسيق الرعاية غير المباشرة طبياً مع مقدمي الرعاية الصحية الآخرين الذين يعالجون المريض. ولا يحق للطبيب إيقاف علاج مريض - طالما هناك حاجة طبية للاستمرار في العلاج - دون أن يعطي المريض المساعدة المعقولة والفرصة الكافية لاتخاذ تدابير بديلة للرعاية.

٦. للمريض الحق الأساسي في أن تتاح له الرعاية الصحية الكافية، وعلى الأطباء مع باقي المجتمع الاستمرار في العمل لتحقيق هذا الهدف، ويعتمد تنفيذ هذا الحق على توفير المجتمع للموارد، بحيث لا يحرم أي مريض من الرعاية اللازمة بسبب عدم القدرة على الدفع مقابل الرعاية، وعلى الأطباء الاستمرار في تحملهم التقليدي لجزء من المسؤولية عن الرعاية الصحية لمن لا يتمكنون من تحمل نفقات الرعاية الأساسية، كما على الأطباء أيضاً أن يمثلوا المرضى في التعامل مع الطرف الثالث الذي يدفع عند ملاءمة ذلك.

من مجلس الجمعية الطبية الأمريكية للشؤون الأخلاقية والقضائية الصادر في يونيو ١٩٩٢م على أساس تقرير " العناصر الأساسية لعلاقة الطبيب بالمريض" المتخذ في يونيو ١٩٩٠م (مجلة الجمعية الطبية الأمريكية ١٩٩٠م ٢٦٢: ٣/٣٣) تم تحديثه ١٩٩٣م وتم الحصول على المعلومات ٤أبريل ٢٠١١ من موقع:

https://ssl3.amaassn.org/apps/ecomm/policyFinderFrom.pl?site=www.amaassn.org&uri=%2fama1%fpub%2fupload%2fmm%fPolicyFinder%2fpolicyfiles%2fHnE%2fE-10.01.HTM

ضوابط الأخلاقيات للممرضات من جمعية الممرضات الأمريكية:

١. تعمل الممرضة في جميع علاقاتها المهنية برأفة واحترام للكرامة والقيمة والتميز المتأصلة في كل شخص، بدون أي اعتبار للوضع الاقتصادي أو الاجتماعي أو الصفات الشخصية أو طبيعة المشكلات الصحية.

٢. التزام الممرضة الرئيسي هو نحو المريض، سواءً كان فرداً أو أسرةً أو مجموعةً أو مجتمع.

٣. تدعم الممرضة حقوق المريض وتتبناها وتعمل على حماية صحته وسلامته.

٤. الممرضة مسؤولة عن الممارسة التمريضية الفردية وتحدد تفويض المهام الملائم مع ما يوائم التزام الممرضة بتوفير رعاية المريض المثالية.

٥. تلتزم الممرضة بنفس الواجبات لنفسها كما تلتزم للآخرين، بما في ذلك مسؤولية الحفاظ على النزاهة والسلامة، والحفاظ على مستوى الأهلية، والاستمرار في النمو الشخصي والمهني.

٦. تشارك الممرضة في إنشاء وصيانة وتحسين بيئة الرعاية الصحية وظروف العمل المؤدية إلى توفير الرعاية الصحية الجيدة والمتسقة مع قيم المهنة من خلال العمل الفردي والجماعي.

٧. تشارك الممرضة في تقدم المهنة من خلال إسهاماتها في الممارسة والتعليم والإدارة وتطوير المعرفة.

٨. تتعاون الممرضة مع مهنيي الصحة الآخرين والجمهور في تعزيز جهود المجتمع والجهود الوطنية والدولية لتلبية الاحتياجات الصحية.

٩. مهنة التمريض - ممثلة بالجمعيات وأعضائها - مسؤولة عن صياغة وتوضيح قيم التمريض وعن الحفاظ على نزاهة المهنة وممارستها وعن تشكيل السياسات المجتمعية.

من جمعية الممرضات الأمريكية (٢٠٠١م) ضوابط الأخلاقيات للممرضات، واشنطن العاصمة. طبعت بالإذن.

Select Bibliography

Ackoff, R.L. (1999). Re-creating the corporation: A design of organizations for the 21st century. New York: Oxford University Press.

Adler, M.J. (1978). Aristotle for everybody: Difficult thought made easy. New York: Macmillan.

Armstrong, A. (2006). Towards a strong virtue ethics for nursing practice. Nursing Philosophy 7,110–124.

Association of American Medical Colleges (2010). In the interest of patients: Recommendations for physician financial relationships and clinical decision making. Report of the Task Force on Financial Conflicts of Interests.

Baily, M.A. (2003, January/February). Managed care organizations and the rationing problem. The Hastings Center Report, 33(1), 34–42.

Barie, P., Hughes, D., & Ullery, B. (2008). The contemporary approach to the care of Jehovah's Witnesses. The Journal of Trauma, Injury, Infection, and Critical Care, 65:1, 237–247.

Battin, M.P. (1995). Ethical issues in suicide. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Battin, M.P. "Terminal sedation: Pulling the sheet over our eyes." The Hastings Center Report 38:5 (Sep–Oct 2008): 27–30.

Beauchamp, T.L., & Childress, J.F. (2001). Principles of biomedical ethics I (5th ed.). New York: Oxford University Press.

Beauchamp, T.L., & Walters, L. (Eds.). (1999). Contemporary issues in bioethics (5th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Group.

Beauchamp, T.L., Walters, L., Kahn, J.P. & Mastroianni, A.C. (eds.). (2007). Contemporary issues in bioethics (7th ed.). Belmont, CA: Wadsworth Group.

Begley, A. M. (2005). Practising virtue: A challenge to the view that a virtue centered approach to ethics lacks practical content. Nursing Ethics 12:6, 622–637.

Begley, A. M. (2008). Truth-telling, honesty and compassion: A virtue-based exploration of a dilemma in practice. International Journal of Nursing Practice,1, 336–341.

Bell, J. & Breslin, J. M. (2008). Healthcare provider moral distress as a leadership challenge. JONA's Healthcare Law, Ethics, and Regulation, 10:4, 94–97.

Blacksher, E. "Carrots and sticks to promote healthy behaviors: A policy update." The Hastings Center Report 38:3 (May–Jun 2008): 13–18.

Boatright, J.R. (2003). Ethics and the conduct of business (4th ed). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Brock, D.W. (2008). Conscientious objection by physicians and pharmacists: Who is obligated to do what and why? Theories of Medical Bioethics, 2, 187–200.
Buchanan, A. (1998, August). Managed care: Rationing without justice, but not unjustly. Journal of Health Politics, Policy and Law, 23(4), 616–634.
Callahan, D. (2003, March/April). Too much of a good thing: How splendid technologies can go wrong. The Hastings Center Report, 33(2), 19–22.
Chervenak, F.A., & McCullough, L.B. (2001, April). The moral foundation of medical leadership: The professional virtues of the physician as fiduciary of the patient. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 184(5), 875–880.
Deal, T.E., & Kennedy, A.A. (1982, reissued 2000). Corporate cultures: The rites and rituals of corporate life. New York: Perseus Books Group.
DeGeorge, R.T. (2009). Business ethics (7th ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
Doukas, D.J. (2003). Where is the virtue in professionalism? Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics, 12, 147–154.
Emanuel, E.J. (2000, May/June). Justice and managed care: Four principles for the just allocation of health care resources. The Hastings Center Report, 30(3), 8–16.
Frankena, W.K. (1988). Ethics (2nd ed.). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
Gallagher, E., Alcock, D., Diem, E., Angus, D., & Medves, J. (2002, March/April). Ethical dilemmas in home care case management. The Journal of Healthcare Management, 85–97.
Gallagher, J.A., & Goodstein, J. (2002). Fulfilling institutional responsibilities in health care: Organizational ethics and the role of mission discernment. Business Ethics Quarterly, 12(4), 433–450.
Gallagher, T.H., Waterman, A.D., Ebers, A.G., Fraser, V.J., & Levinson, W. (2003, February 26). Patients' and physicians' attitudes regarding the disclosure of medical errors. Journal of the American Medical Association, 289(8), 1001–1007.
Gert, H.J. (2002, September/October). Avoiding surprises: A model for informing patients. The Hastings Center Report 32(5), 23–32.
Gold, A. (2010). Physicians' right of conscience, beyond politics. Journal of Law, Medicine, and Ethics, Spring, 2010, 134–142.
Hall, R.T. (2000). An introduction to healthcare organizational ethics. New York: Oxford University Press.
Hodkinson, K. (2008). How should a nurse approach truth-telling? A virtue ethics

perspective. Nursing Philosophy 9, 248–256.

Jansen, L.A., & Sulmasy, D.P. (2003, July/August). Bioethics, conflicts of interest, the limits of transparency. The Hastings Center Report, 33(4), 40–43.

Jennings, B., Gray, B.H., Sharpe, V.A., Weiss, L., & Fleischman, A.R. (2002, July/August). Ethics and trusteeship for health care: Hospital board service in turbulent times. The Hastings Center Report, 32(Suppl.), S1–S27.

Jonsen, A.R., & Toulmin, S. (1988). The abuse of casuistry: A history of moral reasoning. Berkeley: University of California Press.

Keown, J. (2002). Euthanasia, ethics and public policy: An argument against legalization. New York: Cambridge University Press.

Kollas, C. & Boyer-Kollas, B. (2006). Closing the Schiavo case: An analysis of legal reasoning. Journal of Palliative Medicine, 9:5, 1145–1163.

LeBar, M. (2009). Virtue ethics and deontic constraints. Ethics 119 (July, 2009), 642–671.

Lee, D.E. (2003, January/February). Physician-assisted suicide: A conservative critique of intervention. The Hastings Center Report, 33(1), 17–19.

Loewy, E.H. (2001, February 12). Terminal sedation, self-starvation, and orchestrating the end of life. Archives of Internal Medicine, 161(3), 329–332.

Monagle, J.F., & Thomasma, D.C. (1994). Health care ethics: Critical issues. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

Morreim, E.H. (1995, November/December). Lifestyles of the risky and infamous. The Hastings Center Report, 25, 5–12.

Nelkin, D., & Andrews, L. (1998, September/October). Homo economicus: Commercialization of body tissues in the age of biotechnology. The Hastings Center Report, 28(5), 30–39.

Nelson, W.A. and Donnellan, J. "An executive-driven ethical culture." Healthcare Executive 24:6 (Nov–Dec 2009): 44–46.

Nuland, S.B. (1995). How we die: Reflections on life's final chapter. New York: Vintage Books.

Oakley, J., & Cocking, D. (2001). Virtue ethics and professional roles. New York: Oxford University Press.

Office of Inspector General of the U.S. Department of Health and Human Services and the American Health Lawyers Association. (2003, April 2). Corporate responsibility and corporate compliance: A resource for health care boards of directors. Retrieved March 9, 2004, from http://oig.hhs.gov/fraud/docs/complianceguid ance/

040203CorpRespRsceGuide.pdf
Onwuteaka-Philipsen, B.D., Pasman, H. R., van der Heide, A. (2010). The last phase of life: Who requests and who receives euthanasia or physician-assisted suicide? Medical Care, 48:7, 596–603.
Pellegrino, E.D. (1994, Fall). Managed care and managed competition: Some ethical reflections. Calyx, 4(4), 1–5.
Pellegrino, E.D., & Thomasma, D.C. (1988). For the patient's good: The restoration of beneficence in health care. New York: Oxford University Press.
President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1981). Defining death: A report on the medical, legal and ethical issues in the determination of death. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1981). Protecting human subjects: The adequacy and uniformity of federal rules and their implementation. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1981). Whistleblowing in biomedical research: Policies and procedures for responding to reports of misconduct. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1982). Compensating for research injuries: A report on the ethical and legal implications for programs to redress injured subjects. Volume 2. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1982). Making health care decisions: A report on the ethical and legal implications of informed consent in the patient–practitioner relationship. Volume 1: Report. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1982). Making health care decisions: A report on the ethical and legal implications of informed consent in the patient–practitioner relationship. Volume 2: Appendices, Empirical studies of informed consent. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1982). Splicing life: A report on the social and ethical issues

of genetic engineering with human beings. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1983). Deciding to forego life-sustaining treatment: A report on the ethical, medical, and legal issues in treatment decisions.

Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1983). Implementing human research regulations: Second biennial report on the adequacy and uniformity of federal rules and policies, and of their implementation, for the protection of human subjects. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1983). Screening and counseling for genetic conditions: The ethical, social, and legal implications of genetic screening, counseling, and education programs. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1983). Securing access to health care: A report on the ethical implications of differences in the availability of health services. Volume 1: Report. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1983). Securing access to health care: A report on the ethical implications of differences in the availability of health services. Volume 2: Appendices, Sociocultural and philosophical studies. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1983). Securing access to health care: A report on the ethical implications of differences in the availability of health services. Volume 3: Appendices, Empirical, legal, and conceptual studies. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

President's Commission for the Study of Ethical Problems in Medicine and Biomedical and Behavioral Research. (1983). Summing up: Final report on studies of the ethical and legal problems in medicine and biomedical and behavioral research. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Prinz, J. (2009). The normativity challenge: cultural psychology provides the real threat to virtue ethics. Ethics, 13, 117–144.

Reiser, S.J. (1994, November/December). The ethical life of health care organizations. The Hastings Center Report, 24, 29–35.

Repenshek, M. & Slosar, J. P. (2004). Medically assisted nutrition and hydration: A contribution to the dialogue. Hastings Center Report 34:6, 3–16.

Schneiderman, L.J., Fein, J.E., & Dubler, N. (2001, November/December). The limits of dispute resolution. The Hastings Center Report, 31(6), 10–12.

Schneiderman, L. J.; Gilmer, T.; & Teetzel, H. (2003). Effect of ethics consultations on nonbeneficial life-sustaining treatments in the intensive care setting: A randomized controlled trial. Journal of the American Medical Association, 290:9, 1166–1172.

Segal, S., Gelfand, B., Hurwitz, S., Berkowitz, L., Ashley, S., Nadel, E., & Katz, J. (2010). Plagiarism in residency application essays. Annals of Internal Medicine, 153,112–120.

Spencer, E.M., Mills, A.E., Rorty, M.V., & Werhane, P.H. (2000). Organization ethics in health care. New York: Oxford University Press.

Sullivan, W.M. (1999, March/April). What is left of professionalism after managed care? The Hastings Center Report, 29:2, 7–13.

Swanton, C. (2003). Virtue ethics: A pluralistic view. New York: Oxford University Press.

Teisberg, E.O., Porter, M.E., & Brown, G.B. (1994, July/August). Making competition in health care work. Harvard Business Review 72:4, 131–141.

Van Z.L. (2009). Agent-based virtue ethics and the problem of action guidance. Journal of Moral Philosophy 6, 50–69.

Vinten, G. (1994). Whistleblowing: Subversion or corporate citizenship? New York: St. Martin's Press.

Weber, L.J. (2001). Business ethics in healthcare: Beyond compliance. Bloomington: Indiana University Press.

Winkler, E.C. and Gruen, R.L. "First principles: Substantive ethics for healthcare organizations." Journal of Healthcare Management 50:2 (Mar–Apr 2005): 109–120.

Wocial, L. (2008). An urgent call for ethics education. The American Journal of Bioethics, 8:4, 21–23.

Wright, S. and Ziegelstein, R. (2004). Writing more informative letters of reference. Journal of General Internal Medicine, 19, 588–593.

المترجم في سطور

د. عبدالمحسن بن صالح بن عبدالرحمن الحيدر

مواليد مدينة الرياض عام ١٩٥٢م.

المؤهل العلمي:

- حاصل على الدكتوراه في بحوث الخدمات الصحية، من جامعة كمنولث فرجينيا (كلية فرجينيا الطبية) بالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩٨٨م.

العمل:

- أستاذ الإدارة الصحية المشارك / مدير مركز البحوث بمعهد الإدارة العامة سابقاً.

الأنشطة العلمية:

- Modeling Organizational Determinants of Hospital Mortaliy. Health Services Research 26: 3 (August 1991).
- مشروع بحث لتقصي عوامل تحديد النقص في الممرضات السعوديات، ورقة عمل مقدمة من الندوة السنوية الرابعة لتطوير القوى العاملة الصحية ١٤١٠هـ.
- العوامل المؤثرة في اختيار الفتاة السعودية لمهنة التمريض: دراسة ميدانية، معهد الإدارة العامة ١٤١٦هـ.
- نظام التأمين الصحي التعاوني في المملكة العربية السعودية. بحث ميداني، معهد الإدارة العامة ١٤٢٣هـ.
- الرضا الوظيفي لدى العاملين في القطاع الصحي في مدينة الرياض ، بحث ميداني، معهد الإدارة العامة ١٤٢٦هـ.
- اتجاهات العاملين نحو المناخ التنظيمي وعلاقة خصائصهم الشخصية والوظيفية بتلك الاتجاهات: دراسة ميدانية في مستشفى الملك فيصل التخصصى في المملكة العربية السعودية. المجلة العربية ١٤٢٧هـ.
- الأساليب الكمية في إدارة الرعاية الصحية - تقنيات وتطبيق، مترجم.
- التحليل الاقتصادى في الرعاية الصحية. مترجم، معهد الإدارة العامة، ١٤٣٤هـ - ٢٠١٣م.

مراجع الترجمة في سطور

الأستاذ الدكتور فريد توفيق محمد المحمود نصيرات

الوظيفة الحالية:

- أستاذ دكتور إدارة أعمال، كلية الأعمال / الجامعة الأردنية

المؤهل العلمي:

- دكتوراه إدارة وسياسة صحية، جامعة كورنل - اثيكا - نيويورك - الولايات المتحدة الأمريكية ١٩٨٩م.

أبرز الأنشطة العلمية:

- كتــاب إدارة منظمات الرعاية الصحية، بدعم من الجامعة الأردنية، عمادة البحث العلمي، الجامعة الأردنية، ٢٠٠٣.
- كتاب إدارة المستشفيات، إثراء للتوزيع والنشر، عمان، الأردن، ٢٠٠٨.
- دراسة حول " إدارة وتنظيم مستشفى الجامعة الأردنية"، بتمويل من المنظمة العربية للعلوم الإدارية، عمان - الأردن، ١٩٨١.
- دراسة " إدارة وتنظيم مستشفى النهضة " سلطنة عمان، بتمويل من المنظمة العربية للعلوم الإدارية، ١٩٨٢.
- دراســة مشتركة " إدارة وتنظيم مستشفى حمد" في دولة قطر، بتمويل من المنظمة العربية للعلوم الإدارية، ١٩٨٤.
- دراســة مشتركة " إدارة وتنظيم مستشــفى الملك فهد" بجدة في المملكة العربية السعودية، بتمويل من المنظمة العربية للعلوم الإدارية، عمان - الأردن ،١٩٨٤.
- المستشفى العام وصحة المجتمع دوره ومسؤولياته " المجلة العربية للإدارة، المنظمة العربية للعلوم الإدارية، عمان - الأردن المجلد ٩، عدد ٤، ١٩٨٥.
- مشــاركة المواطن في تخطيط وإدارة الخدمات الصحية "، بحث مشــترك مجلة الإداري، مجلد ١، مسقط - سلطنة عمان، ١٩٨٦.
- معايير المرضى في اختيار المستشفى الخاص في الأردن "، أبحاث اليرموك، سلسلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، مجلد، ١٤، عدد١، ١٩٩٨.
- واقع وأنشطة التسويق في مؤسسات الخدمات الصحية في الأردن"، مؤتة للأبحاث، مجلد ١٢، عدد ١، ١٩٩٧.

- مصادر شكوى المرضى من الخدمات الاستشفائية في القطاع الخاص الأردني، مجلة دراسات، سلسلة العلوم الإنسانية والاجتماعية ،الجامعة الأردنية، مجلد ٢٦، عدد١ ، ١٩٩٩.
- مدى التباين في الممارسات التسويقية على أساس إنتاجية المستشفيات"، مؤته للأبحاث سلسلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، مجلد ١٢، عدد ٤، ١٩٩٨.
- مكونات جودة الخدمات الاستشفائية: دراسة مقارنة من وجهة نظر المرضى ومدراء المستشفيات "، مجلة العلوم الإدارية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، مجلد ١٢، عدد ١، ٢٠٠٠.
- العوامل المؤثرة على قرار أطباء الاختصاص في اختيار المستشفى كمكان للممارسة الطبية في القطاع الخاص الأردني، مجلة العلوم الإدارية، جامعة الملك سعود، المملكة العربية السعودية، مجلد ٢، عدد ١، ٢٠٠١.
- تأثير عناصر المزيج التسويقي على قرار اختيار المرضى العرب للمستشفيات الأردنية للعلاج الطبي" مجلة العلوم الإدارية في دراسات، الجامعة الأردنية مجلد ٣١ العدد ٢، ٢٠٠٤.
- تقييم الوضع التمريضي في الأردن: القضايا الحالية والمستقبلية والإستراتيجيات المطلوبة" مجلة العلوم الإدارية، الجامعة الأردنية، مجلد ٣٣، العدد ٢، ٢٠٠٦.
- إدارة الجودة الشاملة وكفاءة الأداء التنظيمي: دراسة مستشفيات القطاع الخاص الأردني، مجلة العلوم الإدارية، دراسات، الجامعة الأردنية، مجلد ٣٤، العدد ٢، ٢٠٠٧.
- استشارة حول "تحسين كفاءة الخدمات الطبية العلاجية" مقدمة لوزارة الصحة، أبو ظبي في الإمارات العربية المتحدة، نيسان، ١٩٨٥.
- استشارة "إعادة تنظيم مستشفى الخرطوم التعليمي" الخرطوم، جمهورية السودان، ١٩٨٢.
- استشارة حول "تحسين أنظمة السجلات الطبية في المستشفيات العسكرية السودانية"، الخرطوم، جمهورية السودان، ١٩٨٣.
- استشارة " إعادة تنظيم الوكالة الإسلامية للإغاثة، عمان، الأردن، ١٩٩٣.

تصميم وإخراج وطباعة الإدارة العامة للطباعة والنشر
بمعهد الإدارة العامة - ١٤٣٨هـ

هذا الكتاب

يؤكد الدور الراسخ لأخلاقيات الإدارة الصحية المتمثلة في تقديم المبادئ المقنعة التي تساعد على تثقيف الطلاب وتوجيه العاملين نحو اتخاذ القرار الصائب عندما تظهر أمامهم المشكلات الأخلاقية. كما يقدم، أيضاً، أساساً قوياً لتحديد وطرح حلول ناجعة للمشكلات الأخلاقية. وكذا يعمد بموضوعية إلى دراسة الخيارات الصعبة والدلالات الأخلاقية التي تثار أثناء تفعيل المديرين للمبادئ التي تحترم الأشخاص والخير والعدل. فالكتاب يدرس تأثير ثقافة المنظمة متجسدة في قيمها ورسالتها ورؤيتها وفي دور الأخلاقيات الشخصية للمدير، ومختلف أنواع لجان الأخلاقيات المتخصصة، ونظم الأخلاقيات المهنية.

وقد عمل التحليل المتأني على استكشاف العديد من العوامل التي تسهم في الأبعاد الأخلاقية لمنظمات الخدمات الصحية المعاصرة، بما في ذلك:

- الأطر الأخلاقية لتطبيق الأخلاقيات الشخصية للفرد.
- أهمية أخلاقيات الفضيلة.
- نظرية العبث والخطوط العامة للعلاج العبثي للمرض.
- الفلسفات التنظيمية وصياغة رسالة المنظمة.
- اختيار الموظفين الجدد.
- تضارب الأنظمة وتضارب المصالح.
- تحسين الجودة كحتمية أخلاقية.
- محددات موافقة المريض.
- الأخلاقيات في التسويق والرعاية المدارة.
- تحديات توزيع الموارد.

يفيض هذا الكتاب بإستراتيجيات وأدوات عملية في حل المشكلات، يتوقع لها أن تفيد القادة في منظمات الخدمات الصحية. وسوف يدرك قراء هذا الكتاب دورهم كوكلاء أخلاقيين، يتوقع منهم تحقيق التوازن بين متطلبات المنظمة التي يعملون فيها وبين استقلال المريض وأولويته وحمايته.

المؤلف: كيرت دار، أستاذ إدارة المستشفيات، قسم إدارة وقيادة الخدمات الصحية، جامعة جورج واشنطن بمدينة واشنطن العاصمة.


9960142493

تصميم وإخراج وطباعة الإدارة العامة للطباعة والنشر ـ معهد الإدارة العامة ١٤٣٨هـ